

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 02/2014

September 2014

Warum Babys im Mutterleib nicht ertrinken können

Evaluation des Modellprojektes "Hebammen in der Schule"

Mira Pflanz



Mira Pflanz

Warum Babys im Mutterleib nicht ertrinken können

Evaluation des Modellprojektes "Hebammen in der Schule"

pg-papers 02/2014

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.d-nb.de abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit Hochschule Fulda Marquardstraße 35 D–36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600 Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-12-4

Copyright © pg-papers, September 2014

Inhaltsverzeichnis

Ab	stract		7
1	Vorv	vort	8
2	Sexu	ralpädagogik und sexuelle Bildung	10
	2.1	Gegenstand	10
	2.2	Formale Rahmenbedingungen	13
	2.3	Sexuelle Bildung im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention	14
		2.3.1 Begriffsbestimmung Prävention und Gesundheitsförderung	14
		2.3.2 Begriffsbestimmung Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung	16
		2.3.3 Wirkt sexuelle Bildung präventiv oder gesundheitsförderlich?	18
	2.4	Sexualpädagogik und kindliche Entwicklung	20
	2.5	Wir sind nicht der Nabel der Welt aber wir arbeiten daran – Hebammen in der sexuellen Bildung	21
3	Das	Projekt "Hebammen in der Schule"	24
	3.1	Motivation	24
	3.2	Entstehungsgeschichte	25
	3.3	Ziele	25
	3.4	Methodik des Hebammenunterrichts	26
4	Die I	Befragung	27
	4.1	Gegenstand	27
	4.2	Wahl der Methodik	27
	4.3	Der Fragebogen	28
	4.4	Untersuchungszeitraum und Durchführung der Datenerhebung	29
	4.5	Stichprobendesign und Rücklaufquote	29
	4.6	Datenbearbeitung	31
	4.7	Datenauswertung	32
5	Erge	bnisse	34
	5.1	Soziodemographische Daten der Untersuchungspopulation	34

	5.2	Emotionale Einstellung bezüglich Schwangerschaft	35
	5.3	Kognitiver Wissensstand zu Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme	
	5.4	Subjektive Bewertung des Hebammenunterrichts	42
	5.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	45
6	Disk	ussion und Ausblick	47
Ab	bildun	gsverzeichnis	55
Tal	ellen	verzeichnis	56
Lite	eratur	verzeichnis	57
An	hang.		61

Abstract

Ausgangslage

Hebammen können mit ihrem Expertenwissen und ihrem praktischen Erfahrungshintergrund unterrichtsergänzende Einsätze im Rahmen der Sexualerziehung an Grundschulen anbieten. Dabei erfahren die Kinder, dass Schwangerschaft, Geburt, Wochenbettphase und Stillzeit primär gesunde, vitale Lebensprozessen sind, können diese mit dem Berufsbild der Hebamme verknüpfen und möglicherweise im späteren Leben auf dieses Wissen zurückgreifen. Das Kasseler Modellprojekt "Hebammen in der Schule" des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) bot Kasseler Grundschulen über den Zeitraum von einem Jahr Hebammenunterricht an (je zwei Einheiten à zwei Stunden) und führte in diesem Rahmen eine Schülerinnen- und Schülerbefragung durch.

Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Frage, welche Wirkungen der Hebammenunterricht auf die Schülerinnen und Schüler zeigte. Die Veränderungen sowohl in der emotionalen Einstellung der Kinder zu Schwangerschaft als auch deren kognitiver Wissensstand zu Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme wurden ebenso wie die subjektive Bewertung des Hebammenunterrichts durch die Kinder erfasst.

Methodik

Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden im Schuljahr 2006/2007 Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen drei und vier (n=1.105) vor und am Tag nach dem Hebammeneinsatz befragt.

Ergebnisse

Nach der Hebammenstunde zeigten die befragten Kinder eine Verbesserung ihres Wissenstandes zu Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich des Hebammenberufes. Verbanden außerdem zuvor 36,3 Prozent der Befragten Schwangerschaft mit Angst und Gefahr, tat dies im Nachhinein nur noch jedes vierte Kind (25,7 Prozent). Der Großteil der Kinder bewertete den Unterricht durch die Hebamme zudem als sehr interessant (81 Prozent) und gut verständlich (83,4 Prozent).

Schlussfolgerung

Die Untersuchung dokumentiert sowohl die Qualität als auch den positiven Einfluss des Hebammenunterrichts auf die Einstellung und den themenbezogenen Wissensstand der befragten Kinder. Hebammen können mit ihrem Unterrichtsangebot einen wichtigen Beitrag in der gesundheitlichen und sexuellen Bildung von Kindern leisten. Die Ergebnisse regen eine Weiterentwicklung sowohl des Konzeptes als auch der Evaluation des Projektes an.

1 Vorwort

Circa 20.000 Hebammen¹ gibt es in Deutschland – eine kleine Berufsgruppe mit eindeutig definiertem Tätigkeitsfeld. Hebammen haben gerade in den letzten Jahren ihre berufspolitischen Bemühungen verstärkt, um ihren Beruf weiter zu etablieren und neue Arbeitsfelder zu erschließen.

Hebammen begreifen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbettzeit und Stillphase als primär physiologische und vitale Lebensprozesse, bei denen sie als Fachfrauen und Bezugspersonen die Gesundheit, die Kompetenzen und die Selbstbestimmung von Frauen und deren Familien fördern und erhalten. Durch Aufklärung, Beratung und Information unterstützen sie die Entscheidungen der Eltern rund um das Kinderkriegen und wenden sich bewusst ab von einer einseitig kontrollierenden, normierenden und pathologisierenden Sichtweise. In den körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungsprozessen der "reproduktiven Lebensphase", beim Elternwerden und Elternsein, ist Hebammenarbeit Empowerment für Frauen und Familien (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 42).

Vor dem Hintergrund sich wandelnder Arbeitsbedingungen sowohl in den Kliniken als auch bei freiberuflicher Tätigkeit bleibt ein grundsätzliches Anliegen der Hebammen, Frauen und deren Familien weiterhin fachlich kompetent, bedürfnisorientiert, empathisch und sicher zu begleiten und ihr Versorgungsangebot weiter auszubauen. Dieses Versorgungsangebot der Hebammen wird umso bedeutsamer, wenn die perinatalen Entwicklungen in Deutschland betrachtet werden: Nahezu jede dritte Frau wurde und wird per Kaiserschnitt entbunden (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 20) und lediglich 10 Prozent gebären ihr Kind noch "normal", d.h. ohne medizinisch-technische Intervention (Schücking/Schwarz. 2002). Auch die Stillhäufigkeit und -dauer liegen seit geraumer Zeit weit unter den offiziellen Empfehlungen (Dulon/Kersting, 2000).

Solche Entwicklungen rechtfertigen die zunehmend auf Risiko, Gefahr und Kontrolle ausgelegte Perspektive aller Beteiligten, treiben die Medikalisierung und Technisierung von Schwangerenversorgung und Geburtshilfe weiter voran und legitimieren im Sinne eines "Teufelskreises" von Kontrolle und Angst die medizintechnische Maximalversorgung eines eigentlich gesunden Prozesses (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 57f). Mit Blick auf diese Entwicklungen und auf die Fragestellung, wie sich diese Tendenzen positiv beeinflussen lassen könnten, fiel das Augenmerk im Sinne der Nachhaltigkeit auf die "nächste Generation potentieller Eltern" – auf die Kinder von heute.

Informationen zum Thema Fortpflanzung erhalten diese Kinder neben privaten Bezügen zunehmend aus den Medien, wobei auch hier die spektakulären Ausnahmen, ängstliche Befürchtungen und die vermeintliche Gefahr der Vorgänge im Vordergrund stehen. So kommen die Kinder überwiegend mit den technischen Seiten von Schwangerschaft und Geburt in Kontakt und nehmen sie als gesundheitliches Risiko wahr. Die kindliche Vorstellung vom Kinderkriegen wird dadurch frühzeitig beeinflusst und geprägt.

8

Die vorliegende Arbeit ist gemäß dem Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung von Mann und Frau der Universität Zürich (2004) erstellt worden. Aufgrund der Geschlechterverteilung in der Berufsgruppe wird jedoch bei deren Bezeichnung bewusst ausschließlich die "Hebamme" genannt; dies schließt die männlichen Kollegen (Entbindungspfleger) mit ein.

Wünschenswert wäre vielmehr, dass Kinder frühzeitig ein positives Gefühl sowie eine offene, vertrauensvolle Einstellung zum "Wunder des Lebens" entwickeln können und neben dem sinnvollen kognitiven Wissen die emotionalen und psychosozialen Aspekte der Lebensvorgänge rund um das Kinderkriegen in ihre Vorstellungen integrieren.

Ein erster institutioneller Kontakt der Kinder zum Thema Fortpflanzung findet in der Grundschule im Fach Sexualkunde statt: Hebammen können hier einen wertvollen Beitrag in der Gesundheitsförderung und -erziehung leisten, denn sie wissen um die Fähigkeit der Frauen, Kinder zu tragen, zu gebären und zu nähren und sie wissen um die psychosozialen Besonderheiten dieser einzigartigen Lebensphase.

Aus diesen Vorüberlegungen heraus entstand die Idee, Hebammen als unterrichtsergänzende Kraft in den Schulen einzusetzen. Durch den frühzeitigen Kontakt der Grundschulkinder mit einer Hebamme können diese "Eltern von morgen" die Ereignisse rund um die Geburt eines Kindes als normale und lebendige Prozesse erfahren und außerdem das Berufsbild der Hebamme kennen lernen, selbstverständlich mit Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit verknüpfen und möglicherweise im späteren Erwachsenenalter auf dieses Wissen zurückgreifen.

Das Projekt "Hebammen in der Schule", welches unterstützt durch den Deutschen Hebammenverband (DHV) über den Zeitraum von einem Jahr Unterrichtsbesuche in Grundschulen der Stadt Kassel initiierte, hat im Rahmen einer umfangreichen Schülerinnen- und Schülerbefragung die Datengrundlage für eine Evaluation des Hebammenunterrichts geschaffen.

Anhand des vorliegenden Datenmaterials wurde untersucht, wie ein unterrichtsergänzender Einsatz von Hebammen auf die Schülerinnen und Schüler wirkt und ob sich Veränderungen in der Einstellung und im kognitiven Wissen der Kinder nach dem Unterrichtsbesuch feststellen lassen. Auch wird deren subjektive Beurteilung des Unterrichts dargestellt. Die Untersuchungsergebnisse können unterstreichen, wie wichtig es ist, die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen von Hebammen im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt als natürliche Vorgänge in den sexualpädagogischen Unterricht einzubringen. Als Zeugnis der Qualität und als Argumentationsgrundlage bei weiteren Verhandlungen – vor allem im Hinblick auf eine geregelte Finanzierung des Unterrichts – können sie dazu dienen, die Hebammenarbeit an Schulen zu etablieren.

Im ersten Kapitel wird zunächst das theoretische Bezugsfeld erörtert, auch wird beleuchtet, inwiefern die Berufsgruppe der Hebammen für eine sexualpädagogische Tätigkeit geeignet ist. Das Projekt "Hebammen in der Schule" wird im zweiten Kapitel näher vorgestellt. Nach dem Methodenteil werden im Kapitel vier die wichtigsten Ergebnisse der Schülerinnen- und Schülerbefragung dargestellt. Die Arbeit endet mit der eingehenden Diskussion des methodischen Vorgehens sowie der Ergebnisse im fünften Kapitel und einem Ausblick.

In den letzten Jahren wurde diese Qualifikationsarbeit wiederholt von Kolleginnen und Studierenden hebammenspezifischer Studiengänge angefragt und ist nun endlich veröffentlicht. Damit liegt ein weiterer wertvoller Beitrag zu der im deutschsprachigen Raum noch jungen Disziplin der Hebammenwissenschaft vor.

2 Sexualpädagogik und sexuelle Bildung

2.1 Gegenstand

"Sexualität ist ein existentielles Grundbedürfnis des Menschen und ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung." Diese Definition der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2004: 3f) setzt sich über die Annahme hinweg, Sexualität sei lediglich ein zu befriedigender Trieb und geht davon aus, dass sowohl biologische, psychosoziale als auch emotionale Aspekte in der Sexualität zu fassen sind und dass diese integraler Bestandteil von Gesundheit ist. Da Menschen Sexualität unterschiedlich leben und erleben, ist sie auch als wichtiges Element der individuellen Lebensweise zu verstehen.

Die Vorstellungen von und der gesellschaftliche Umgang mit Sexualität haben sich dabei im historischen Verlauf bereits häufig verändert: Immer wieder wurden zentrale Aspekte von Sexualität und Beziehung durch den gesellschaftlichen Wandel, durch sich ändernde Wertevorstellungen und andersartige kulturelle Einflüsse geprägt (BZgA, 2001: 9). Eingebettet in die politischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten der jeweiligen Epoche variierte also nicht nur die "Sexualmoral", sondern zwangsläufig auch die Bedingungen, Ziele und Methoden bei der Vermittlung sexueller Themen bzw. die Art und Weise diese zu kommunizieren. Dieser wechselseitige Einfluss stellt dabei einen regulierenden Prozess dar.

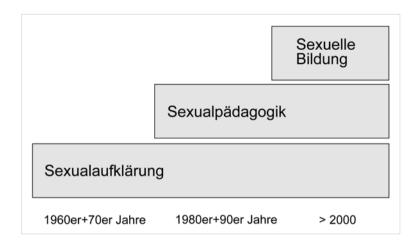
Abbildung 1 Wechselseitiger Einfluss von Vorstellung und Vermittlung



Quelle: eigene Darstellung.

Diese Wirkung spiegelt sich auch in den verschiedenen verwendeten Begrifflichkeiten zur Beschreibung pädagogischer Arbeit im Vermittlungsprozess zu sexuellen Themen wider (Valtl, 2008:125). Diese Begrifflichkeiten haben sich gerade in den letzten 50 Jahren einhergehend mit einem inhaltlichen Paradigmenwechsel gewandelt.

Abbildung 2 Phasenübergänge der Sexualpädagogik

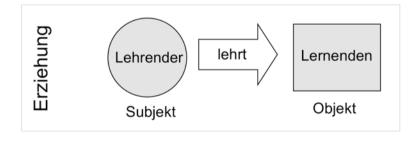


Quelle: Valtl, 2008: 124.

In den 1960er Jahren fokussierte die *Sexualaufklärung* auf das Vermitteln von sachlichen Informationen und war einseitig kognitiv ausgerichtet. Mit den gesellschaftlichen Veränderungen der 1980er Jahre² rückte die Frage nach der sexuellen Selbstbestimmung in den Vordergrund. Eine neue pädagogische und an erforderlichen Kompetenzen orientierte Ausrichtung erweiterte die bisherige Aufklärung und etablierte den Begriff *Sexualpädagogik*.

In der aktuellen Diskussion wird seit 2005 der Leitbegriff sexuelle Bildung angeführt. Dabei soll der "neue" Begriff der Bildung in Abgrenzung zu Pädagogik eine grundlegende Akzentverschiebung ausdrücken (BZgA, 2003: 71f). Vor dem Hintergrund der Fragestellung, wer im pädagogischen Prozess handelndes Subjekt sei, wird hier ein Perspektivenwechsel beschrieben. Während, wie in Abbildung 3 dargestellt, im Begriff der Erziehung der Erziehende (Subjekt) den Zögling (Objekt) belehrt und anleitet,

Abbildung 3 Das handelnde Subjekt in der Erziehung

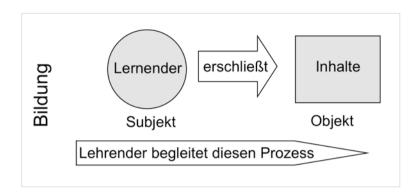


Quelle: in Anlehnung an Valtl, 2008.

wird unter Bildung die Formung und zunehmende Selbstformung des Lernenden durch aktive Weltaneignung verstanden (siehe Abbildung 4).

Hier ist vor allem der Wandel des Geschlechterverhältnisses zu nennen. Hornung et al. (2004: 15f) sprechen vom Prozess der Geschlechtergleichstellung und der "Gender Revolution".

Abbildung 4 Das handelnde Subjekt in der Bildung



Quelle: in Anlehnung an Valtl, 2008.

Die Person (Subjekt) eignet sich bei Letzterem die Inhalte (Objekte) selbständig an und wird durch die lehrende Person dabei begleitet. Die selbstbestimmte Lernform des Konzeptes Bildung ist zudem ganzheitlich und politisch ausgerichtet, kompetenzorientiert und realitätsnah (Valtl, 2008: 126-132).

In der einschlägigen Literatur fällt allerdings auf, dass die Begriffe Sexualpädagogik, sexuelle Bildung, Sexualerziehung und sexuelle Aufklärung weitgehend synonym und inhaltlich wenig trennscharf verwendet werden. Im Sinne eines menschlichen Querschnittsthemas (BZgA, 1999: 9) ist Sexualität ein wesentlicher Bestandteil der Bildung von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen. Sexuelle Bildung ist eine gesellschaftliche Aufgabe und integraler Bestandteil sowohl gesundheitlicher Aufklärung als auch der Gesundheitsförderung (siehe dazu Kapitel 2.3).

Zu den "Modernisierungen" im Umgang mit Sexualität gehört heute vor allem das Verschwinden der traditionellen Konsensmoral, welche prinzipiell und in sozialer Übereinkunft bestimmte sexuelle Handlungen oder Verhaltensweisen als negativ qualifiziert. Vielmehr spielt die Verhandlungsmoral eine tragende Rolle: nicht der eigentliche Gegenstand des Sexuellen ist dabei von Belang, also was getan wird, sondern der Prozess des Zustandekommens, also wie etwas ausgehandelt wurde. Hornung et al (2004: 16) nennen dies die "Demokratisierung der Moral."

Die überwiegende Zahl derzeitiger Konzepte in der sexuellen Bildung sind sexualfreundlich, tolerant und offen gegenüber verschiedenen Lebensformen, sexuellen Orientierungen und Rollenverständnissen ausgerichtet und bejahen die verschiedenen Funktionen (Identität, Beziehung, Lust und Fortpflanzung) von Sexualität. (vgl. BZgA, 2001: 7) Die Pluralisierung von Lebens- und Beziehungsformen, das Auflösen eindeutiger Entwürfe von Weiblichkeit und Männlichkeit und das öffentliche Interesse an Sexualität im Widerspruch zu deren Privatheit stellen wichtige Aspekte in der zeitgenössischen sexuellen Bildung dar (BZgA, 2001: 13). Unterstützende Begleitung und Kompetenzförderung bei der Entwicklung von sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen wird angeboten und berücksichtigt dabei unterschiedliche Normen und Wertvorstellungen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene (ebenda: 3f). Außerdem stützt sich die fundierte Sexualaufklärung auf wissenschaftlich gesicherte Daten und Erkenntnisse.

Als Leitgedanke der modernen sexuellen Bildung kann zusammenfassend die Befähigung des Individuums zu Selbstbestimmung und verantwortungsvollem Umgang mit Sexualität und Verhütung festge-

halten werden. Diese emanzipatorischen Ziele können als liberale Schlüsselqualifikationen begriffen werden und haben sich gelöst von wertenden, moralisierenden und autoritären Vorgaben. "Sexualerziehung ist Sozialerziehung" (BZgA, 1999: 16) und kann somit durch Information und Anregungen zu einem toleranten, achtsamen, liebevollen und verantwortungsbereiten Umgang mit sich selbst und anderen beitragen und so dauerhaft sowohl auf persönlicher als auch auf sozialer Ebene gesundheitsfördernd wirksam werden (BZgA, 2008: 3).

Neben dem Lehrpersonal spielen in der institutionalisierten schulischen Sexualerziehung seit längerem auch die Vertreter der außerschulischen Jugendarbeit (v. a. Sozialpädagoginnen und -pädagogen) eine wichtige Rolle.

Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, ob und inwiefern Sexualität als existentieller, individueller, identitätsstiftender und intimer Lebensbereich in der sexuellen Bildung pädagogisch aufbereitet und institutionell vermittelt werden kann bzw. durch wen diese Aufgabe idealer Weise übernommen werden sollte. Denn Erziehung ist immer auch ein "Herrschaftsinstrument (...), das bei der Masse der Menschen Gegebenheiten schafft, die den Herrschenden das Regieren möglich machen und erleichtern" (BZgA, 1999:19). Pädagogik besitzt so betrachtet ihr ganz eigenes, subtiles und nachhaltiges Machtpotential. Findet das pädagogische Eingreifen dann noch tief an der Individualität des Menschen, an seiner Sexualität statt, wird der resultierende Einfluss möglicherweise besonders prägend ausfallen und die einhergehende Verantwortung entsprechende Tragweite besitzen.

Die öffentliche und institutionelle Thematisierung des privaten Lebensbereichs Sexualität in der schulischen Sexualerziehung initiiert zudem automatisch einen gesellschaftspolitischen Prozess: Sexuelle Bildung wirkt nicht nur als Einflussgröße auf Gesundheit und Wohlbefinden des einzelnen Menschen auf individueller Ebene, sondern setzt sich darüber hinaus bis in die gesundheits- und sozialpolitischen Dimensionen fort. Die Leitgedanken Selbstbestimmung und Verantwortungsbewusstsein können hier beispielsweise im positiven Sinne als Basis für eine Befähigung zur Demokratie verstanden werden. Darüber hinaus setzen sexualpädagogische Curricula auch Meilensteine im sozialpolitischen Kontext bzw. bringen sie gesellschaftliche Bestrebungen auf den Punkt, aber möglicherweise auch in die Verlegenheit, ihren aktuellen lebensweltlichen Bezug hinterfragen lassen zu müssen: Wenn den Kindern heute beispielsweise im sexualpädagogischen Unterricht die Gleichberechtigung verschiedener Lebensformen vermittelt wird, wäre eine steuerrechtliche Gleichstellung eingetragener Lebenspartnerschaften durch den Gesetzgeber konsequent und perspektivisch wünschenswert, um die Kongruenz von Anspruch und Wirklichkeit zu gewährleisten.

2.2 Formale Rahmenbedingungen

Das Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG) vom 27. Juli 1992 überträgt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Aufgabe, sexualpädagogische Konzepte zu erstellen. In der Kommentierung vom 28. Mai 1993 durch das Bundesverfassungsgericht ist festgehalten, Sexualaufklärung solle gemäß den gesetzlichen Vorgaben umfassend angelegt sein und verschiedenste Alters- und Zielgruppe ansprechen. Über die Wissensvermittlung zu biologischen Vorgängen und zu Verhütungstechniken hinaus solle sie emotional ansprechend sein und die vielfältigen Lebensentwürfe, Werthaltungen und Weltanschauungen berücksichtigen (BZgA, 2008: 7).

In einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes wurde bereits 1977 festgehalten, dass die sexuelle Aufklärung nicht mehr nur Aufgabe des Elternhauses, sondern als allgemeiner Erziehungsauftrag der Schulen dem Recht der Eltern gleichrangig zugeordnet wurde (Schmidt/Sielert, 2008: 33).

Die gesetzliche Grundlage für den Sexualkundeunterricht an hessischen Schulen findet sich im §7 des Hessischen Schulgesetzes in der Fassung vom 14. Juni 2005 (Hessisches Kultusministerium, 2005). Die Sexualerziehung an Grundschulen ist auf Länderebene weiter durch Rahmenlehrpläne der zuständigen Ministerien geregelt und konkretisiert (Hessisches Kultusministerium, 1995: 268f).

Der hessische Rahmenlehrplan beinhaltet eine Zusammenstellung der Unterrichtsinhalte für die Klassenstufen 1 bis 4. Für das Projekt "Hebammen in der Schule" maßgebliche Themenbereiche unter der Überschrift "Entstehung neuen Menschenlebens" sind hier "Alle Kinder waren Babys" und "Wo Kinder herkommen". Diese Inhalte beziehen sich sowohl auf die biologischen Informationen zur Fortpflanzung als auch auf die psychosozialen Aspekte von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Elternwerden.

2.3 Sexuelle Bildung im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Die BZgA (2008: 7) weist in ihrem Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung darauf hin, dass Sexualität ein wesentlicher Bestandteil von körperlicher und seelischer Gesundheit sei. Wenn die Sexualität des Menschen also auf dessen Gesundheit wirkt (und die Gesundheit auf dessen Sexualität), ist in der Folge zu betrachten, wie sich die sexuelle Bildung als Disziplin mit präventiven und gesundheitsförderlichen Ansätzen in Verbindung bringen lässt. Um die Wirkungen sexualpädagogischer Arbeit nicht nur auf die Sexualität, sondern auch auf die Gesundheit genauer fassen zu können, soll im Folgenden nach einer kurzen Begriffsbestimmung zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung die sexuelle Bildung in diese Themenfelder eingeordnet werden.

2.3.1 Begriffsbestimmung Prävention und Gesundheitsförderung

Präventionsmaßnahmen werden in der Gegenwart unternommen und zielen darauf ab, unangenehme oder unerwünschte Zustände in der Zukunft zu vermeiden. Bezogen auf die Gesundheit setzt Prävention also zeitlich betrachtet vor dem Auftreten von Krankheiten an und versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten bzw. unerwünschten psychischen oder physischen Zuständen zu verhindern, zu verzögern oder zumindest die Wahrscheinlichkeit für deren Auftreten zu senken (Hurrelmann et al, 2004: 31). Im Sinne der krankheitsorientierten Betrachtungsweise werden demnach negativ wirkende und schädliche Einflüsse fokussiert und möglichst vermieden, ausgeschaltet oder abgemildert.

Aus dem biomedizinischen Paradigma, einem naturwissenschaftlich-kausalen Erklärungsansatz, entwickelte sich das heute gängige multifaktorielle Risikofaktorenmodell. Dieses Risikofaktorenmodell bildet den wichtigsten Erklärungsansatz bzw. die wesentliche Grundlage für präventive oder gesundheitserzieherische Interventionen (BZgA, 2003: 195). Risikofaktoren werden im epidemiologischen Zusammenhang als Einwirkgrößen betrachtet, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an bestimmten Krankheiten zu erkranken oder zu versterben.

Methodisch bedient sich die Prävention einer breiten Palette an Interventionsmaßnahmen. Hurrelmann et al. (2004: 37) halten fest, dass alle präventiven Maßnahmen zum Ziel haben, individuelles Verhalten zu verändern, die physikalische und soziale Umwelt umzugestalten sowie präventive gesundheitliche Versorgung zu initiieren und deren Inanspruchnahme zu fördern.

Die Primärprävention zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist in dem Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im § 20 Abschnitt 1 und 2 geregelt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.), 2014). Mit dem GKV-Leitfaden Prävention, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband, wird diese weiter umgesetzt.³

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können." Ottawa Charta (WHO, 1986). Dieser emanzipatorische Ansatz wendet sich in der Begriffsbestimmung ab von der reinen Krankheitsprävention⁴ und fokussiert positive Potentiale und Ressourcen. Gesundheitsförderung lenkt ihr Augenmerk auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen, auf das Schaffen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und Lebenswelten sowie auf das Erlangen von Chancengleichheit (Naidoo/Wills 2003: 80).

Nicht die Frage nach krank machenden, sondern die nach gesund erhaltenden Einflüssen steht im Mittelpunkt. Laut WHO (1986) umfasst die auf die Verwirklichung von Gesundheitschancen bezogene Befähigung des Einzelnen auch den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und sowohl "[...] die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können." (WHO, 1986).

Die BZgA benennt hier neben den Experten und Health Professionals die Betroffenen selbst als neue Schlüsselfiguren (Naidoo/Wills 2003: 82): Der Mensch selbst partizipiert in Fragen seiner Gesundheit, beeinflusst mitbestimmende Faktoren von Gesundheit, identifiziert entsprechende Problemlagen und Ressourcen und entfaltet so weitestgehend sein Gesundheitspotential. Die nachfolgende Abbildung setzt Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nochmals in Bezug zueinander.

Siehe zum GKV-Leitfaden Prävention auch: http://www.gkv-spitzenver-band.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp.

⁴ Die explizite begriffliche Abgrenzung von Gesundheitsförderung zur Prävention gestaltet sich im deutschsprachigen Raum allerdings oftmals schwierig (Hurrelmann et al., 2004: 33). Im Englischen existiert hingegen keine sprachliche Differenzierung beider Begriffe.

Gesundheit

Krankheit

Krankheitsprävention:

Gesundheitsgewinn durch Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit

Gesundheitsgewinn durch Zurückdrängung von Risikofaktoren für Krankheit

Abbildung 5 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Quelle: BZgA, 2003: 76 (nach: Hurrelmann, 2000).

Die Grundgedanken der Gesundheitsförderung schlagen sich im Konzept des *Empowerments* nieder, dieses ist als Schlüsselkategorie eines jeden Gesundheitsförderprogrammes anzusehen (Kickbusch, 2003: 186). Im Sinne der Ermächtigung sollen Betroffene durch Empowerment die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Umwelt selbst zu gestalten und ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies soll durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion verwirklicht werden – diskriminierende Lebensumstände und persönliche Ohnmacht sollen aufgehoben und das Selbstbewusstsein gestärkt werden: eine Umverteilung von Macht im Kleinen (BZgA, 2003: 28).

Als wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung ist der Settingansatz zu nennen (Hurrelmann et al., 2004: 45). Der Settingansatz als Kernstrategie entwickelte sich aus dem Verständnis von Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta und wird deren Verständnis von Gesundheit gerecht. Das Setting nimmt den alltäglichen Lebensraum der Menschen zum Ort, an dem Interventionen greifen (Kickbusch, 2003: 186) und gewährleistet die genaue Zielgruppenbestimmung, den adäquaten Zugangsweg sowie die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen (Hurrelmann et al., 2004: 45).

Es muss zwischen "Gesundheitsförderung im Setting" (das Setting als organisatorische Basis von Programmen) und "gesundheitsförderlichem Setting" (grundsätzliche Veränderungen in Ablauf und Struktur des Settings) unterschieden werden. Die Institution Schule gewährleistet als Setting die Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersstufen, beider Geschlechter und aller möglichen sozialen und kulturellen Hintergründe aufgrund der in Deutschland herrschenden allgemeinen Schulpflicht.

2.3.2 Begriffsbestimmung Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung

Die WHO definiert Gesundheitserziehung als "die Gesamtheit der wissenschaftlich begründeten Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen" ((Naidoo/Wills 2003: 71), welche das individuelle Verhalten beeinflussen und damit zu Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit beitragen sollen. Ausgehend von einem rein wissensbasierten Vorgehen im Sinne der Primärprävention konnte die abschre-

ckende Gesundheitserziehung der 1960er und 1970er Jahre allerdings kaum Erfolge verzeichnen. Paulus (2003: 3) konstatiert, dass diese Maßnahmen weitgehend wirkungslos blieben. Die Sexualpädagogik war lange Zeit Bestandteil der Gesundheitserziehung, welche vorrangig in der Institution Schule vorgenommen wurde und sich überwiegend einer frontalen, belehrenden und moralisierenden Methodik bediente (Mehlhorn/Schumacher, 1996: 18).

Gesundheitserziehung impliziert eine dominant-bestimmende Rolle der (insbesondere medizinischen) Expertinnen und Experten, außerdem betont der Begriff Erziehung den eher belehrenden, anleitenden Charakter der Maßnahmen. Diese Kritikpunkte an der traditionellen Gesundheitserziehung sind in der nachstehenden Tabelle nochmals zusammengestellt. Zusätzlich finden sich dort die vom WHO Regionalbüro für Europa bereits 1981 geforderten Veränderungen für die Gesundheitserziehung (BZgA, 2003: 72).

Tabelle 1 Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung und WHO-Forderungen zur Veränderung

Kritik		Forderungen		
-	Risikofaktorenminderung und Krankheitsverhü- tung stehen im Vordergrund	 Mit neuen Leitbildern und einem positiven Ge- sundheitskonzept arbeiten 		
-	Fast ausschließlich auf Expertenwissen orientiert	 Gemeinschaftsaktionen und Laienbeteiligung ver- wirklichen 		
-	Überwiegend auf individuelles Verhalten bezogen	 Soziale und umweltbezogene Faktoren mitberück- sichtigen 		
-	Krankheitsfolgen als Furchtapelle	 Innovative p\u00e4dagogische Methoden und Technolo- 		
-	Einseitige medizinische Sichtweisen und Hand- lungsorientierungen	gien verwenden und neue Strategien auf verschiedenen Aktionsebenen entwickeln		

Quelle: BZgA, 2003: 72.

Gesundheitsbildung als eigenständiges Konzept eines Gesundheitsförderungsansatzes in der organisierten Erwachsenenbildung (BZgA, 2003: 69) wird diesen Forderungen weitestgehend gerecht: Die Maxime der Gesundheitsbildung lässt sich als ganzheitliches, lebensweltbezogenes und selbstbestimmtes Lernen zusammenfassen und zielt darauf ab, die "Selbst- und Mitbestimmungschancen in gesundheitlichen Belangen zu erweitern und zu verbessern." (BZgA, 2003: 69). Außerdem stellt der Begriff Bildung, wie bereits in Kapitel 2.1 erläutert, die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung des Individuums in den Vordergrund.

Die salutogen ausgerichtete Gesundheitsbildung schien zunächst im Zuge gesundheitsförderlicher Bestrebungen die traditionell pathogenetisch orientierte Gesundheitserziehung gänzlich abzulösen. Seit Mitte der 90er Jahre wird jedoch sowohl in der theoretischen Diskussion als auch in der Praxis die Gesundheitserziehung als integrierter Teilbereich der Gesundheitsförderung betrachtet (BZgA, 2003: 72). Ein gutes Mischungsverhältnis aus spezifischen gesundheitserzieherischen Ansätzen und eher unspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung scheint themen- und situationsgerecht sowie zielgruppenspezifisch angebracht.

2.3.3 Wirkt sexuelle Bildung präventiv oder gesundheitsförderlich?

Lange waren präventive Bestrebungen wie Verhütung unerwünschter Schwangerschaften, Vermeidung sexuell übertragbarer Krankheiten, HIV-Prävention aber auch präventives Thematisieren von sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung Hauptaugenmerk in der sexualpädagogischen Arbeit. Heckmann (1996: 17) stellte dazu heraus, dass eine "Überdosis Faktenwissen" oder die untaugliche Methode der Angstmache gesundheitsförderlichen Bemühungen jedoch eher im Wege stehe. Die Ansätze klassisch präventiver Maßnahmen mit Fokussierung auf Gesundheitsrisiken und -gefahren ständen der Gesundheitsförderung und deren Ressourcenorientierung in vielerlei Hinsicht nach.

Jüngere Entwicklungen zeigen, dass sexuelle Bildung, ebenso wie die Gesundheitsförderung, mittlerweile schwerpunktmäßig auf die Dimensionen Persönlichkeitsentwicklung, Selbstwertstärkung, Selbstbestimmung und soziales Miteinander abstellt. In der sexuellen Bildung heißt das, z. B. Themen wie Selbstund Fremdwahrnehmung, Abgrenzung, Gruppendruck, Rollenbilder oder bestimmte Wertvorstellungen zu beleuchten, zu diskutieren und zu hinterfragen. Zusätzlich zu einem zeitgemäßen, sachbezogenen Wissens- und Informationsstand zu sexuellen Themen können Heranwachsende so eine persönliche Haltung im verantwortungsvollen und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität entwickeln.

Eine gute Mischung aus präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien ist deshalb in der sexuellen Bildung sinnvoll und wünschenswert. Anders gesagt: Jugendliche werden nicht lediglich aus Angst vor einer HIV-Infektion Kondome benutzen, sondern weil sie verantwortungsbewusst mit Sexualität, mit sich und ihrem Körper und mit dem der anderen umgehen gelernt haben. Dazu ist das Wissen über Risikofaktoren ("es gibt Aids") und geeignete Schutzmaßnahmen ("Kondome schützen") genauso wichtig wie eine entsprechende persönliche Haltung, um dieses Wissen im Zweifelsfalle auch umzusetzen.

Die Verknüpfung aller zuvor angesprochenen Themenbereiche ist nachfolgend nochmals schematisch zusammengestellt.

Gesundheit
Körperliches+psychisches+sexuelles Wohlbefinden

Befähigung zu
verantwortungsvollem&
selbstbestimmtem Verhalten

Gesundheitsbildung
Sexualpädagogik/sexuelle Bildung

Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen

Frävention

Abbildung 6 Verknüpfung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen

Quelle: Eigene Darstellung.

Themen aus der Gesundheitsförderung werden dabei übergreifend und fließend auch unter speziellen Aspekten der sexuellen Bildung behandelt. Unter Berücksichtigung eines erweiterten Gesundheitsbegriffes sind sie nicht mehr starr voneinander abzugrenzen (Heckmann, 1996: 19). Neubauer (1996: 14) stellt heraus, dass sich prinzipiell alle klassischen Themen der Gesundheitsförderung mit Sexualität verknüpfen lassen. So können beispielsweise Themenbereiche wie Ernährung oder Bewegung über die Verknüpfungen mit Körpergefühl oder Selbstwahrnehmung automatisch auf das sexuelle Themenspektrum erweitert werden. Sexualpädagogik kann somit als ein integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Eine Öffnung und Flexibilisierung der Institutionen sowie Kooperationen zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen ist deshalb erstrebenswert. Mehlhorn und Schumacher (1996: 19) sprachen schon 1996 von einem fließenden Wechsel in neue Arbeitsformen, welche interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen bräuchten und die Behandlung sexueller Inhalte in die breite Palette gesundheitsförderlicher Themen integriere. Tatsächlich haben sich zum Beispiel Vertreter der sozialen Arbeit (Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen) in verschieden Bereichen ein expandierendes Berufsfeld mit Angeboten zu Prävention und Gesundheitsförderung gesichert (Schneider/Pokora, 2008: 494), ebenso wie diese Berufsgruppe mittlerweile als externe Expertengruppe in der schulischen Sexualkunde etabliert ist.

Ein weiteres Beispiel für die ineinander übergehenden Arbeitsbereiche Gesundheit und Bildung greift Papenkort (2009: 84) in seinem Artikel "Ist Pädagogik Prävention?" auf: Pädagogische Interventionen haben demnach einen "präventiven Nebeneffekt", und gerade diese präventive Wirkung gilt oftmals als Legitimation zur Förderung solcher Maßnahmen. Dabei sind Pädagogik und Prävention lediglich analytisch voneinander zu unterscheiden – ihre wesentlichste Gemeinsamkeit ist die Zukunftsorientierung

(Papenkort, 2009: 84-86). Auch die Evaluationsprobleme beider Disziplinen haben einen gleichen Ursprung, nämlich die lange Zeitspanne zwischen Ursache (in der Kindheit) und Wirkung (im späteren (Erwachsenen-)Leben), welche die empirische Belegbarkeit erheblich erschwert und/oder verfälscht. Der Gesetzgeber hat im §12 Absatz 1 SGB V unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot festgehalten, dass nur diejenigen Leistungen zu beanspruchen sind, die notwendig sind. Diese Notwendigkeit setzt jedoch eine nachweisliche Wirksamkeit voraus ("Evidenzgebot" der Prävention). Diese ist sowohl inhaltlich aufgrund des "Time-lags" als auch in der ökonomischen Bewertung schwierig zu erfassen.

2.4 Sexualpädagogik und kindliche Entwicklung

Hurrelmann et al. (2004: 55) beschreiben die Kindheit als die Lebensphase, in der sich Körper, Seele, Geist, Fähigkeiten und soziale Beziehungen in kurzer Zeit entwickeln und starken Veränderungen unterliegen. Als Ergebnis dieses dynamischen Prozesses steht die Persönlichkeit mit ihren individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Kennzeichnend für den Lebensabschnitt Kindheit ist auch, dass das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden noch nicht festgelegt und damit relativ gut veränderbar ist. Für die Entwicklung von Kompetenz zur Erhaltung der Gesundheit ist die Kindheit die wohl wichtigste Lebensphase (Hurrelmann et al., 2004: 55). Im Sinne des lebenslangen Lernens ist diese Eigenschaft keiner Altersgruppe abzusprechen, jedoch lernen Kinder besonders schnell, nachhaltig und gerne.

Auch in sexueller Hinsicht beginnt die Entwicklung des Menschen bereits vor seiner Geburt und vollzieht sich in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung ein ganzes Leben lang. Die bunte Mischung aus unterschiedlichsten Körpererfahrungen und Gefühlen beeinflussen von Anfang an und in jeder Altersstufe die sexuelle Entwicklung ebenso wie die Persönlichkeitsentwicklung: Der Charakter und die Sexualität werden schrittweise geprägt (Wanzeck-Sielert, 2008: 363).

Natürlich ist die kindliche Sexualität hierbei abzugrenzen von der Erwachsenensexualität. Kinder leben Sexualität egozentrisch, unbewusst, spontan und neugierig (BZgA, 1999: 25). Der Lustgewinn mit allen Sinnen und die Suche danach sind nicht beziehungs- oder zielorientiert, das kindliche Erleben von Sexualität ist ganzheitlich und ganzkörperlich und umfasst sowohl die körperliche, emotionale sowie soziale Ebene⁵ (Wanzeck-Sielert, 2008: 363).

Der bereits in der Grundschule vorgesehene sexualpädagogische Unterricht soll den Kindern ein medizinisches und soziales Basiswissen über ihren eigenen Körper und über Geschlechtlichkeit und Fortpflanzung sichern. So können Mädchen und Jungen frühzeitig eine kompetente, selbstbestimmte Grundhaltung zu den Themen Sexualität, Partnerschaft und Liebe entwickeln (Schmidt/Sielert, 2008: 550). Hierzu sollte sexuelle Bildung situationsbezogen und fächerübergreifend in den Unterricht integriert werden (BZgA, 2001: 31).

Nicht zuletzt sollen an dieser Stelle der empirisch erhobene Bedarf und Bedürfnisse hinsichtlich der sexuellen Bildung skizziert werden: Was Kinder bereits über Sexualität wissen und was sie gerne wissen

20

Diese Eigenschaften sind natürlich auch Bestandteil der Erwachsenensexualität, hier ist sexuelles Begehren jedoch häufiger auf genitale Sexualität bezogen, außerdem kennen erwachsene Menschen idealerweise die Konsequenzen und (sozialen) Grenzen sexueller Handlungen und sind sich ihres sexuellen Verhaltens bewusst (BZgA, 2001: 22).

wollen. Volbert und Homburg (1996: 210f) fanden bei einer Befragung von 147 Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren heraus, dass sich deren Sexualwissen auf ein Basiswissen zu Schwangerschaft und Geburt eingrenzen ließ. Bei einer weiteren Befragung im Jahr 2008, bei der 267 Schülerinnen und Schüler der Klassen 4, 7 und 10 einbezogen wurden, sammelte Hinz (2008: 75) frei formulierte Fragen der Schülerinnen und Schüler zum Thema Sexualität⁶. Hinz (2008: 87) stellte fest, dass das Wissensbedürfnis der Befragten bezüglich sexueller Themen sowohl alters- als auch geschlechtsspezifisch variierte: Das Interesse am Themenkomplex "Zeugung, Schwangerschaft und Geburt" war am größten bei den Viertklässlern und nahm mit zunehmendem Alter der Befragten zugunsten anderer Themen (wie z. B. Verhütung, sexuelle Erregung) ab. Den deutlichen Wissensbedarf zu Themen der Fortpflanzung im Grundschulalter führt Hinz in seiner Diskussion auf zwei mögliche Aspekte zurück: Zum einen, dass jüngere Kinder durch die Geburt von Geschwisterkindern thematisch involviert sind und zum anderen, dass in dieser Altersgruppe Sexualität noch vornehmlich mit der Fortpflanzungsfunktion assoziiert wird.

Unabhängig vom Alter zeigte sich, dass Mädchen neben Fragen zu Verhütung und "dem ersten Mal" häufiger Interesse für den Themenkomplex der Fortpflanzung zeigten. Jungen fragten hingegen häufiger zu Themen wie sexueller Erregung und intimen Stellungen, Orgasmus oder sexuellen Funktionsstörungen (Hinz, 2008: 84f).

2.5 Wir sind nicht der Nabel der Welt aber wir arbeiten daran – Hebammen in der sexuellen Bildung

Die Sexualpädagogik entwickelt sich allgemein erst schrittweise von einer Tätigkeit zu einer Profession⁷ (BZgA, 2001: 7). Es stellt sich demnach die Frage, welche Berufsgruppen oder Personenkreise für diesen Arbeitsbereich in Frage kommen und wie diese formal und inhaltlich qualifiziert sein sollten, um kompetent und professionell⁸ sexualpädagogisch tätig zu sein.

Der formale Aspekt berücksichtigt hier auch die finanzielle Vergütung einer sexualpädagogischen Tätigkeit. Diese befriedigend und generell zu regeln, bleibt ein wichtiges Ziel in allen bisher angestellten Überlegungen des Projektes "Hebammen in der Schule", da Hebammen als Akteurinnen bislang lediglich ehrenamtlich, meist über eigene Kinder oder private Ansprache den Weg ins Klassenzimmer fanden.

Das Mitwirken von Hebammen in Gesundheitsbildung und Sexualpädagogik hat darüber hinaus sowohl einen inhaltlichen als auch einen berufspolitischen Aspekt: Zunächst hat der Hebammenberuf seit jeher einen gesundheitsförderlichen Blick auf die Themen rund um das Kinderkriegen. Im § 1 Absatz 1 der hessischen Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 27. März 1991 ist festgehalten, dass Hebammen bei der Hilfeleistung "die Gesundheit der Schwangeren, Mütter und Neuge-

Die Erhebung sollte die inhaltliche Gestaltung des Sexualkundeunterrichts an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert voranbringen und überprüfen, inwiefern die gängige sexualpädagogische Praxis mit den Wünschen und Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler übereinstimmt.

Fine spezielle sexualpädagogische Qualifikation wird in Deutschland nur an der Hochschule Merseburg angeboten (Masterstudiengang Sexualpädagogik und Familienplanung).

Professionell hat hier zweierlei Bedeutung: Zum einen die inhaltliche Dimension, d.h. professionelle Arbeit im Sinne der sachgerechten, qualitativ hochwertigen, "guten" Verrichtung, und zum anderen den formalen Aspekt, also nicht ehrenamtlich oder durch Eigenarbeit zu erbringen, sondern als berufliche Leistung, der eine entsprechende anerkannte Ausbildung zugrunde liegt (Schmidt/Sielert, 2008: 729).

borenen zu schützen und zu erhalten" haben und "bei der Beratung […] neben medizinischen auch soziale und psychische Faktoren zu berücksichtigen" sind (Hessisches Staatsministerium, 2008). Hebammenarbeit ist somit als gesundheitsförderliche Tätigkeit einzustufen.

Zweitens hat aus berufspolitischer Sicht das frühzeitige Arbeiten mit Kindern, die als Eltern von morgen mit der Berufsgruppe und deren Aufgabenbereich vertraut werden können, einen wesentlichen Stellenwert: Die Arbeit an Schulen erreicht Kinder aller möglichen sozialen und kulturellen Hintergründe in einem prägenden Lebensabschnitt, im günstigsten Falle können Hebammen dazu beitragen, dass diese Kinder eine gute Beziehung entwickeln zum Kinderkriegen, dass sie "darauf vertrauen lernen, selbst einmal schwanger sein, gebären und nähren zu können" (Weiß, 2008: 18).

Inhaltlich ist es im sexualpädagogischen Vermittlungsprozess wichtig, eine sexualfreundliche, von Akzeptanz und Toleranz geprägte Grundhaltung gegenüber allen Beteiligten zu pflegen. Personenbezogene Eigenschaften wie Empathie, Rücksichtnahme und Wahrung der individuellen Intimitätsgrenzen verstehen sich als Grundvoraussetzung für diese Tätigkeit (Schneider, 2008: 74). Eben diese Haltung pflegen Hebammen auch in ihrer originären Tätigkeit und berücksichtigen diese auch bei der Betreuung und Begleitung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen.

Die Hebammenarbeit hat ebenso intime, individuelle und schützenswerte Bereiche zum Gegenstand, wie sie in der Sexualität und deren Vermittlungsprozessen allgemein gegenwärtig sind. Dabei ist zu unterstreichen, dass die Vorgänge rund um die Geburt eines Kindes sexuelle Prozesse sind, und dass "Geburt und Liebesakt als zwei Seiten ein und derselben Medaille Sexualität" (Otto, 1997: 8) begriffen werden können.⁹ Schwangerschaft und Geburt sind also nicht nur als Folgen von Sexualität zu begreifen, welche als "medizinische Tatbestände" möglichst in die Kontrolle von medizinischen und psychologischen Fachleuten sowie an den öffentlich-rechtlichen Ort Kreißsaal (Otto, 1997: 9) gehören. Vielmehr sind sie als höchst vitale, menschliche Ereignisse zu verstehen, die ebenso wie Sexualität allgemein weit über Angst, Schmerz und eine defizit- und risikoorientierte Sichtweise hinaus thematisiert werden können und sollten.

Hebammen sind als Berufsgruppe in vielerlei Hinsicht auf eine sexualpädagogische Tätigkeit vorbereitet: Als medizinischer Beruf, der auch in sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Grundlagen ausgebildet ist, verfügen sie über das nötige Wissen und die erforderliche Handlungskompetenz, um mit Kindern zum Thema Fortpflanzung zu arbeiten. Die Rolle als Fachfrau und Bezugsperson hinterlässt einen positiven Eindruck bei den Schülerinnen und Schülern. Die Hebamme als Vertrauensperson, die nicht in den Schulalltag mit seinen Leistungs- und Bewertungszusammenhängen eingebunden ist und die sich mit den Themen rund ums Kinderkriegen auskennt und an die sich werdende Eltern "unter anderen Umständen" wenden kann.

Die Hebamme und Pflegewissenschaftlerin zu Sayn-Wittgenstein (2007: 81) formulierte, dass die soziale Perspektive der Hebammen auf alle Vorgänge der Fortpflanzung sowie ihr Wissen um das Sexuelle ihrer Arbeit ermögliche, den themenbezogenen sexualpädagogischen Unterricht nah an der Lebenswelt der

Die französischen Geburtshelfer Michel Odent und Frederic Leboyer erkannten und benannten diese Zusammenhänge als männliche Mediziner bereits vor dreißig Jahren (Otto, 1997: 9).

Kinder anzusetzen und ihnen die Themen als positive Bestandteile ihres (späteren) Lebens, ihrer Identität und ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu vermitteln. In Kombination mit themenbezogenen Fortbildungsangeboten¹⁰, einem guten Maß an Selbstreflexion und pädagogisch-didaktischem Handwerkszeug werden Hebammen so zu Expertinnen für professionell vermittelte sexualpädagogische Inhalte zum Bereich Fortpflanzung.

Auch Schmidt und Sielert (2008: 551) fordern für die Sexualerziehung in der Grundschule als wichtiges Mittel den Einbezug außerschulischer Expertinnen und Experten. Hier wäre die Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern der allgemeinen Sexualpädagogik (i.d.R. Sozialpädagoginnen und -pädagogen) vorstellbar, um deren Unterrichtsinhalte anhand der Hebammenexpertise um den Themenkomplex der Fortpflanzung zu bereichern.

Hebammen können also als Expertinnen für Schwangerschaft, Geburt und Familienstart auftreten, die mit ihrem Erfahrungswissen und großem Praxisbezug Inhalte glaubhaft und greifbar vermitteln können und Raum geben "[...] für Fragen und ein gemeinsames Beschäftigen, Fühlen und Nachdenken über die "wunder"baren Dinge des Lebens" (Schneider, 2007: 35). Oder wie es die Sexualpädagogin Löbner (2007: 11) formulierte: "Gebären und Geborenwerden auf behutsame Weise zu erklären, das ist die Sternstunde der Hebammen in der Sexualpädagogik."

Eine Fortbildungsreihe speziell für Hebammen, die an Schulen tätig sind oder werden wollen, bietet der Deutsche Hebammenverband (DHV) seit 2007 regelmäßig an.

3 Das Projekt "Hebammen in der Schule"

3.1 Motivation

Kinder erleben Schwangerschaft, Stillen und Säuglinge heute seltener als noch die vorhergehenden Generationen in der eigenen Familie oder im sozialen Umfeld. Schwangerschaft und Geburt werden in enge Verbindung gebracht mit dem "Grundrisiko mütterlicher oder kindlicher Fehlfunktion" (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 51). Dieses Risiko scheint durch Kontrolle und medizinische Intervention zumindest teilweise beherrschbar. Diese einseitig fokussierte Sichtweise beeinflusst und prägt bereits frühzeitig das Bild der Kinder vom Kinderkriegen.

Abbildung 7 Logo des Projektes "Hebammen in der Schule"



Die Projektgruppe "Hebammen in der Schule" fragte sich, wie es dennoch möglich wäre, dass Heranwachsende neben sinnvollem kognitiven Wissen auch die positiven emotionalen und psychosozialen Aspekte der Lebensvorgänge rund ums Kinderkriegen in ihre Vorstellung integrieren und eine optimistische, vertrauensvolle Einstellung zum "Wunder des Lebens" entwickeln könnten.

Da Kinder im institutionellen Rahmen erstmals in der Grundschule mit dem Fach Sexualpädagogik und dabei mit dem Schwerpunktthema Fortpflanzung in Kontakt kommen, entstand die Idee, Hebammen könnten hier als externe Fachkräfte einen wertvollen Beitrag in der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung leisten: Mit ihrem Blick auf das Gesunde "rund ums Kinder kriegen" können Hebammen den Schülerinnen und Schülern einen neuen Eindruck vermitteln. So wie den Heranwachsenden im sexualpädagogischen Unterricht allgemein beispielsweise Informationen zu den körperlichen, mit der Pubertät einhergehenden Veränderungen gegeben werden, um sie im positiven Sinne auf diese Lebensphase einzustellen und eine diesbezüglich zuversichtliche Haltung zu fördern, könnte durch einen entsprechenden Einsatz von Hebammen frühzeitig eine optimistische, ressourcenorientierte Grundhaltung zu Schwangerschaft, Geburt und dem Leben mit einem Säugling unterstützt werden.

3.2 Entstehungsgeschichte

Beim Visionenworkshop des Deutschen Hebammenverbandes im Jahr 2000 wurde unter anderem thematisiert, dass Hebammen, wenn überhaupt, erst spät im Verlauf der Schwangerschaft Kontakt zu den werdenden Müttern und deren Familien bekämen. Aus der Vision heraus, die Hebamme wäre (wieder) primäre Ansprechpartnerin und Bezugsperson für Schwangere, entstand die Idee, Hebammen könnten in Deutschland vom Kindergarten bis zum Schulabschluss selbstverständlich zum Schulunterricht gehören und somit als Berufsgruppe bereits frühzeitig Präsenz zeigen.¹¹

Im darauf folgenden Jahr begann die Arbeitsgemeinschaft "Hebammen für Gesundheitsbildung" des Berufsverbandes mit ihrer Arbeit und beschäftigte sich mit der konkreten Frage, ob und wie Hebammen im Unterricht der allgemein bildenden Schulen mitwirken könnten.¹² Ein Ergebnis der AG "Hebamme für Gesundheitsbildung" ist das Kasseler Modellprojekt "Hebammen in der Schule", welches sich seit dem Jahr 2005 aus Mitteln des Hebammenverbandes finanziert und durch das Hessische Kultusministerium, das Staatliche Schulamt Kassel, das Gesundheitsamt Kassel sowie die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung unterstützt wird.

Eine fünfköpfige Projektgruppe erarbeitete thematische und organisatorische Grundlagen unter Leitung der Hessischen Landesvorsitzenden Ute Petrus. Nach einer Kick-off-Veranstaltung und einem Fortbildungstag im Jahr 2006 begannen im März 2007 vierzehn Kasseler Hebammen mit dem Unterricht an den dreißig Grundschulen der Stadt Kassel, welche das Angebot der Projektgruppe von zwei mal zwei Schulstunden annahmen.

3.3 Ziele

Die Ziele des Hebammenunterrichtes sind, den Jungen und Mädchen die Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen als primär gesunde und vitale Prozesse des Lebens näher zu bringen. Zudem sollen Kinder die Berufsgruppe der Hebammen und deren Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich kennen lernen, damit sie später im Erwachsenenalter auf dieses Wissen zurückgreifen können und die Hebamme automatisch mit den Themen rund ums Kinderkriegen verknüpfen.

Neben der Förderung eines guten Gesundheits- und Körperbewusstseins kann das Angebot außerdem im weitesten Sinne das Vertrauen der Kinder in die (eigenen) körperlichen Fähigkeiten stärken. Den Schülerinnen und Schülern soll dabei im Einzelnen näher gebracht werden, dass

- die Schwangerschaft ein natürlicher Vorgang ist,
- der Körper einer Frau in der Lage ist, ein Kind wachsen zu lassen und zu beschützen bis es geboren wird,

Beckmann (2004) fand in einer Erhebung heraus, dass Bildungseinrichtungen (n=699) bundesweit großes Interesse an Hebammenunterricht zeigten.

Laut einer damaligen Umfrage unter Hebammen mit Erfahrung im Unterricht an Schulen (n=100) unterrichteten die Kolleginnen meist auf Anfrage des Lehrpersonals, ohne Vergütung und in der Klassenstufe 3 oder 4. Der Hebammenunterricht machte Kindern, Hebammen sowie Lehrerinnen und Lehrern großen Spaß. Die befragten Hebammen signalisierten außerdem deutliches Interesse an Fortbildungsangeboten, die das Gestalten von entsprechenden Unterrichtseinheiten zum Gegenstand hätten (Petrus, 2004: 76).

- die Hebamme die Schwangere und ihre Angehörigen berät und ihnen hilft, sich auf Geburt und Elternschaft vorzubereiten.
- jede Frau gebären kann und die Hebamme und der werdende Vater ihr dabei helfen,
- sich Mutter und Neugeborenes nach der Geburt erholen müssen und die Familie sich (neu) kennen lernt.
- Muttermilch die natürliche Ernährungsform für Säuglinge ist.

3.4 Methodik des Hebammenunterrichts

Anschauliche Materialien und Spiele, mit denen das Besprochene nachgestellt wird, fördern die persönliche Wahrnehmung zum Thema und unterstützen die Kinder das Gehörte und Gesehene in ihre eigene Erlebenswelt zu integrieren.

Beispielsweise verdeutlicht eine Babypuppe in einer gestrickten Gebärmutter den Geburtsvorgang, es kann mit dem hölzernen Herztonrohr gegenseitig das Herzklopfen abgehört werden oder auch mittels alltagsnaher Gewichte (Mehlpäckchen o. ä.) in einem umgebundenen "Bauchsack" das eigene Geburtsgewicht und auch das Hochschwangersein nachempfunden werden. Durch das Abtasten eines "schwangeren Bauches" wird deutlich, dass Hebammen auch mit ihren Händen arbeiten und ohne technische Hilfsmittel diagnostizieren. Eine CD mit Geräuschen aus dem Mutterleib macht das intrauterine Leben des Ungeborenen vorstellbar.

Die Kinder spielen Geburt und erfahren dabei die "Höhen und Tiefen" des ganz normalen Geburtsprozesses, dabei können sie ihre instinktiven Fähigkeiten und ihr natürliches Wissen einbringen. Babywaage und Maßband aus dem Hebammenkoffer dienen dazu, Größe und Gewicht eines Neugeborenen nachzuvollziehen.

Die Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit der eigenen Geburtsgeschichte, auch in Kommunikation mit den Eltern, wird angeregt und thematisiert.

Die Sachverhalte werden den Kindern lebensnah und praktisch vermittelt: Ein Ei im Wasserglas symbolisiert das intrauterine Leben im schützenden Milieu des Fruchtwassers, ein aufgeblasener Luftballon, aus dem langsam die Luft entweicht, verdeutlicht die Rückbildung der Gebärmutter im Wochenbett.

Eine von der Projektgruppe erarbeitete Zusammenstellung von Unterrichtsmethoden¹³ zu den verschiedenen Themenbereichen stand den unterrichtenden Hebammen zur Verfügung.

26

Die "Hidsbox", eine Praxisbox für Hebammen in der Schule mit 37 Karteikarten, wurde nach Projektende über den Staude-Verlag veröffentlicht und ist ab März 2014 in der 2. Auflage käuflich zu erwerben.

4 Die Befragung

4.1 Gegenstand

Jeder unterrichtsergänzende Einsatz der Hebammen wurde im Projektjahr anhand eines Schülerfragebogens evaluiert. ¹⁴ Ziel dieser Befragung war es zu dokumentieren, wie der Einsatz von Hebammen in diesem Rahmen auf die Schülerinnen und Schüler wirkte. Dabei wurden sowohl der kognitive Wissensstand der Kinder, die emotionale Einstellung der Befragten als auch die subjektive Bewertung der Intervention durch die Schülerinnen und Schüler näher betrachtet. Mögliche geschlechtsspezifische Effekte sowie eine differenzierte Betrachtung der Befragungsergebnisse von Kindern mit Geschwistern und Einzelkindern sollten ebenfalls Berücksichtigung finden.

Neben der Dokumentation des gesundheitsförderlichen Aspektes des Hebammenunterrichtes und dessen Qualität können die Untersuchungsergebnisse hervorheben, dass die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen von Hebammen im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt als natürliche Vorgänge sinnvoll in den sexualpädagogischen Unterricht zu integrieren sind und Wissenstand sowie Einstellung der Kinder positiv beeinflussen können.

Der Berufsverband der Hebammen strebt perspektivisch die bundesweite Etablierung der Unterrichtsergänzung durch Hebammen sowie deren geregelte, dauerhafte Finanzierung aus öffentlichen Haushalten an. Die Befragungsergebnisse können eine mögliche Verhandlungsgrundlage bilden.

4.2 Wahl der Methodik

Die Konzeption der Erhebung wurde von der Projektgruppe überwiegend in Eigenregie entwickelt. Da den Hebammen der Projektgruppe ein quantitatives Vorgehen aus der (auf die Methodik der empirischen Sozialforschung bezogenen) Laienperspektive naheliegend erschien und ihnen die Option qualitativer Forschungsmethoden zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt war, entschieden sich die Projektteilnehmerinnen für eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen. Nach Kränzl-Nagl und Wilk (2000: 62) ist eine solche möglichst stark strukturierte und standardisierte Vorgehensweise bei Kindern sinnvoll, um bei den gewonnenen Daten dem Anspruch nach Objektivität, Reliabilität und Validität zumindest annähernd gerecht werden zu können. Die Wahl fiel auch aus forschungspragmatischen Gründen auf die schriftliche Befragungsform, da diese als kostengünstige, für homogene Gruppen wie Schulklassen gut geeignete Vorgehensweise betrachtet wurde, welche eine für Grundschulkinder gut zu bewältigende und greifbare Struktur aufwies (vgl. auch Bortz /Döring, 2001: 253). Ein von allen beteiligten Unterrichtshebammen zu benutzender einheitlicher Fragebogen bot sich außerdem aus organisatorischen Gründen für das Projektvorhaben an.

⁻

Bei einer parallelen Befragung des Lehrpersonals zum Hebammenunterricht (n=57) stellte Petrus (2009) zudem fest, dass die Pädagogen die Unterrichtsergänzung durch die Hebamme als hilfreich und empfehlenswert empfanden und sie ihre Schülerschaft sehr interessiert an der Hebammenstunde erlebt hatten.

4.3 Der Fragebogen

Nachdem der Deutsche Hebammenverband im Frühjahr 2006 die Finanzierung des Kasselers Projektes "Hebammen in der Schule" bewilligt hatte, wurde zunächst in Zusammenarbeit mit der Universität Kassel, Fachbereich Erziehungswissenschaften ein erster Fragebogenentwurf vorgenommen. Nach einer Überarbeitung des Entwurfes durch die Projektgruppe im Sommer des gleichen Jahres wurde der Fragebogen im September 2006 bei einer dritten und einer vierten Jahrgangsstufe in einem Probelauf getestet. Der Fragebogen wurde von den Kindern selbstständig ausgefüllt. Er war für die Schülerinnen und Schüler gut verständlich und handhabbar. Der Bearbeitungszeitraum überschritt nicht den angenommenen Rahmen von maximal zwanzig Minuten. Auch beim Lehrpersonal, das die Bearbeitung der Bogen begleitete, stieß der Bogen auf breite Akzeptanz.

Die Kinder wurden im Vorfeld des Hebammenunterrichtes anhand eines dreiseitigen Vorher-Fragebogens schriftlich befragt, den gleichen Bogen, ergänzt um einen Bewertungsteil, füllten die Schülerinnen und Schüler als Nachher-Fragebogen in der Regel am Folgetag nach dem zweiten Hebammenbesuch erneut aus, um mögliche Veränderungen im Sinne eines Vorher-Nachher-Effektes zu erfassen.

Die Fragen waren zum Großteil geschlossen formuliert, d.h. es wurde eine unterschiedliche Anzahl von Antwortkategorien vorgegeben, die von den Kindern je nach Frage entweder direkt angekreuzt oder über die Option stimmt/stimmt nicht bzw. ja/nein gewählt werden konnten. Jede Frage bot den Befragten zusätzlich die Möglichkeit, im Sinne einer Enthaltung "ich weiss nicht" anzukreuzen, um nach Lipski (2000: 83) ein Raten der Kinder zu vermeiden.

Lediglich drei offene Fragen waren von den Schülerinnen und Schülern frei zu beantworten, was den zeitlichen und intellektuellen Kapazitäten der neun- bis elfjährigen Kinder angemessen erschien. Die Sprache im Erhebungsinstrument war altersgemäß einfach gehalten und wurde bewusst mit kindgerechten Formulierungen ausgestaltet (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000:62). Auch wurde anfangs im Fragebogen erwähnt, dass es sich hierbei nicht um eine Klassenarbeit oder Leistungsüberprüfung handele.

Der Fragebogen war in zwei bzw. drei Abschnitte gegliedert und bot den Kindern somit eine klar überschaubare Anordnung der verschiedenen Befragungsinhalte: Den größten Raum nahm mit elf Fragen der eigentliche Befragungsteil mit zehn geschlossenen und einer offenen Frage ein. Die soziodemographischen Daten der Kinder erfasste der zweite Befragungskomplex. Im Nachher-Fragebogen fanden sich als dritter Fokus zusätzlich fünf Fragen, welche die subjektive Bewertung des Hebammenunterrichts abfragten.

Neben einer einleitenden Frage zur emotionalen Einstellung bezüglich Schwangerschaft und Geburt fanden sich im Befragungsteil überwiegend Fragen, die den kognitiven Wissensstand der Kinder erheben: drei Fragen zum Berufsbild und Aufgabenbereich von Hebammen, zwei Fragen zur Schwangerschaft, zwei Fragen zum Thema Geburt bzw. möglichen Geburtsort sowie jeweils eine Frage zu Wochenbett und Stillen. Die soziodemographische Erhebung erfragte neben Geschlecht, Alter und Religion auch das Vorhandensein von Geschwisterkindern sowie mit drei Fragen einen möglichen Migrationshintergrund der Kinder.

Der Bewertungsteil im Nachherbogen dokumentierte mit vier geschlossenen und einer offenen Frage das subjektive Erleben und weiteren Informationsbedarf der Befragten. Aus allen Fragen und den jeweils

dazugehörigen Antwortmöglichkeiten ergab sich demnach insgesamt ein Datensatz von 161 Variablen pro Fall. Beide Fragebogen (Vorher und Nachher) finden sich im Anhang.

4.4 Untersuchungszeitraum und Durchführung der Datenerhebung

Der Untersuchungszeitraum umfasste das zweite Schulhalbjahr 2007 sowie das erste Schulhalbjahr 2007/2008, die Befragung lief demnach über dreizehn Monate vom 24. Januar bis zum 11. März 2008.

Im Januar 2007 wurden alle Grundschulen der Stadt durch die Projektgruppe angeschrieben und erhielten das Angebot, im Projektzeitraum jeweils einmal Hebammenunterricht für alle dritten und vierten Klassen in Anspruch zu nehmen. Dabei wurde den Schulen jeweils eine vorab festgelegte Hebamme als Ansprechpartnerin inklusive ihrer Kontaktdaten genannt.

Vierzehn zuvor gemeinsam geschulte Hebammen besuchten anschließend die ihnen zugeteilten Grundschulen, sobald sich diese auf das Projektangebot hin gemeldet hatten. Eine Sammlung von themenspezifischen Vorschlägen zur Unterrichtsgestaltung stand diesen Hebammen zur Verfügung, ebenso gab es einen Katalog über zu behandelnde Themen, um eine prinzipielle Vergleichbarkeit der Hebammenstunden verschiedener Kolleginnen zu gewährleisten.

Im Vorfeld des Schulbesuches kamen den zuständigen Lehrerinnen und Lehrern nach einem telefonischen Vorgespräch die Vorher-Fragebogen zu, welche diese dann an die Kinder verteilten und beantworten ließen. Ebenso verlief das Ausfüllen der Nachher-Fragebogen, den Hebammenkolleginnen wurden die bearbeiteten Fragebogensätze dann später ausgehändigt und von einer Projektteilnehmerin zentral gesammelt.

Die Unterrichtsergänzung umfasste in der Regel zwei mal zwei Unterrichtsstunden und war für die freiwillig teilnehmenden Schulen im Projektjahr kostenfrei.

4.5 Stichprobendesign und Rücklaufquote

Für die Erhebung wurden zunächst alle Grundschulen des Kasseler Stadtgebietes kontaktiert, um im Sinne einer Vollerhebung alle Schülerinnen und Schüler zu erfassen. Dieses engagierte Ansinnen konnte jedoch allein deshalb nicht gelingen, da nicht alle der angefragten Schulen überhaupt Interesse an einer Projektteilnahme zeigten.

Die Stichprobe setzte sich aus Schulen zusammen, welche im Sinne der freiwilligen Teilnahme das Projektangebot annahmen und im selbstselektiven Prozess in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten. Die Stichprobe ist demnach nicht als reine Zufallsstichprobe zu betrachten, weil z. B. die teilnehmenden Schulen mehrheitlich zu sozial starken Stadtteilen zählten, was eine verzerrte Selektion impliziert. Eine Hochrechnung der Ergebnisse aus der Stichprobe ist demnach streng genommen lediglich für eine Population mit einem vergleichbaren sozialen Hintergrund möglich.



Abbildung 8 Stadtteile Kassels, die an der Befragung teilnahmen

Die Stadt Kassel zählt 30 Grundschulen im Stadtgebiet (26 öffentliche und vier private Träger). Das sind, wie in Tabelle 2 festgehalten, für das Schulhalbjahr 2007/2008 laut staatlichem Schulamt für die Stadt Kassel insgesamt 77 dritte und 78 vierte Klassen bzw. 1.693 Drittklässler und 1.684 Schülerinnen und Schüler der Klasse vier. Diese Zahlen ergeben sich aus der Mehrzügigkeit vieler größerer Schulen im Stadtgebiet.

Tabelle 2 Landesschulstatistik für das Schuljahr 2007/2008, Stadt Kassel

	Jahrgangsstufe 3	Jahrgangsstufe 4	gesamt
Grundschulen			30
Klassen	77	78	155
Schülerinnen und Schüler	1693	1684	3377

Quelle: statistisches Landesamt Wiesbaden / hessisches Schulinformationssystem, Stand April 2009.

Im Zuge des Projektes waren auch elf Schulen des Landkreises ohne explizite Aufforderung auf die Hebammen zugekommen und hatten Unterricht in Anspruch genommen. Die ausführlichen Daten zu den Schulen des Landkreises Kassel werden hier nicht gesondert aufgeführt.

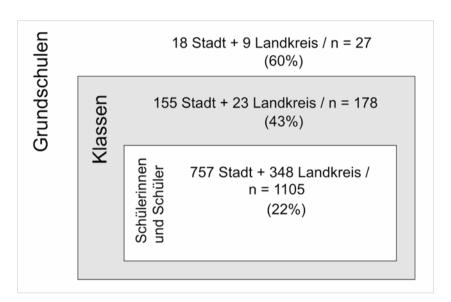
Bis zu den Sommerferien 2007 hatten insgesamt bereits 568 Schülerinnen und Schüler am Hebammenunterricht teilgenommen und Fragebogen ausgefüllt. Im September bekamen alle Schulen der Stadt Kassel, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht reagiert hatten, dann erneut ein schriftliches Angebot. Daraufhin nahmen nochmals 537 Kinder an Unterricht und Befragung teil.

Zum Ende des Projektjahres hatten insgesamt 20 Schulen des Stadtgebietes teilgenommen, dazu zählten 67 Klassen, zehn Klassen der Jahrgangsstufe drei sowie 57 vierte Klassen. Mit 23 Klassen (drei dritte

und 20 vierte Jahrgangsstufen) aus dem Landkreis ergibt das eine Gesamtzahl von 90 besuchten Schulklassen innerhalb des Projektjahres.

Leider wurden nicht alle besuchten Schulen in die schriftliche Befragung eingeschlossen. In Abbildung 9 ist festgehalten, wie sich die Stichprobe der Befragung letztlich zusammensetzte: Von den 20 Schulen des Stadtgebietes wurden in 18 Fragebogen ausgegeben (757 Schülerinnen und Schüler); bei den elf Schulen des Landkreises waren es neun (348 Schülerinnen und Schüler).





Bei 3.377 Grundschülern insgesamt für den entsprechenden Zeitraum und die Stadt Kassel ergibt sich bei 757 befragten Dritt- und Viertklässlern eine Rücklaufquote von 22,41 Prozent. Auf die 155 einbezogenen dritten und vierten Klassen ist es eine Quote von 43,22 Prozent. Auf die teilnehmenden Schulen rechnet sich ein Rücklauf von 60 Prozent. Diese Angaben zur Rücklaufquote beziehen sich auf die ursprünglich angefragten Schulen des Stadtgebiets.

Die hinzugekommenen Befragten aus den zusätzlich teilnehmenden Schulen des Landkreises sind hier nicht dargestellt bzw. aus organisatorischen Gründen nicht in die Rücklaufquote eingerechnet, in die Auswertung waren sie im Weiteren jedoch eingeflossen.

4.6 Datenbearbeitung

Die ausgefüllten Fragebogen (N=2.732 Fragebögen, 1.382 vorher und 1.350 nachher) wurden nach Ende des Projektjahres unter Vergabe einer laufenden Nummer für jeden Bogen und entsprechend der Reihenfolge im Fragebogen in eine speziell dafür erstellte Excel-Datenmaske eingepflegt. Dieser erste Arbeitsschritt wurde von zwei Honorarkräften nach detaillierter Unterweisung und in enger Rücksprache mit der Autorin vorgenommen.

Der komplette primär erhobene Datensatz wurde im nächsten Schritt in das Statistikprogramm "Superior Performing Software Systems" (SPSS) importiert. Variablen-Namen und Variablen-Labels wurden entsprechend vergeben. Fehlende, unleserliche Angaben und/oder Antworten, die inhaltlich aus der

Wertung fielen, wurden mit 99 (=keine Angabe) gelabelt. Durch Sichten der Häufigkeitsverteilungen wurde dann geprüft, ob die zugelassenen Daten im Wertebereich blieben. Eingabefehler, Rechtschreibfehler, Differenzen in der Schreibweise sowie nicht zu wertende Angaben ("Scherze") wurden korrigiert und der Datenfile somit sorgfältig bereinigt.

Im letzten Bearbeitungsschritt wurden die Vorher- und Nachher-Dateien (n=2.732) fallbezogen einander zugeordnet. Die Zusammenführung fand anhand der Variablen "Schule", "Klasse" und "ID-Code 1" (Anfangsbuchstaben des Vornamens der Mutter und des Vornamens des Vaters) statt. Drei doppelt aufgeführte Dateien wurden dabei identifiziert und per Hand anhand des "ID-Codes 2" (Lieblingstier) gematcht. Dieser ID-Code erwies sich ansonsten als zu unsicher für die eindeutige Zusammenführung der Fälle. So konnten zunächst n=1.002 Fälle eindeutig zusammengeführt werden.

Aus den verbleibenden Vorherfällen n=380 und Nachherfällen n=348 konnten unter zusätzlichem Einbezug der Variablen "Alter", "Geschlecht", "Herkunftsland", "Sprache zu Hause" und "Geschwisterstatus" weitere 103 Dateien einander zugeordnet werden. Nach Verwerfen der erstellten Hilfsdateien und dem Aussondern der nicht mehr zuordenbaren Restfälle (277 vorher und 245 nachher) verblieb also eine Gesamtdatei von n=1.105 Fällen. Dieser Prozess ist in Abbildung 10 grafisch dargestellt.

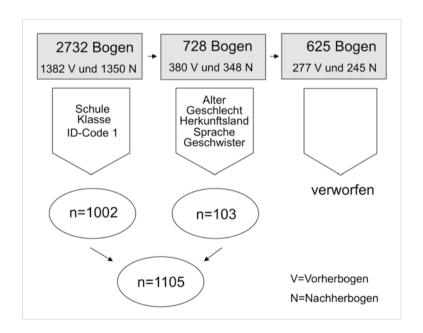


Abbildung 10 Zusammenführen der Vorher- und Nachherfragebogen

Die Zahl der verworfenen Fälle ist vor allem damit zu erklären, dass im Verlauf der Datenerhebung ganze Klassenverbände aus organisatorischen Gründen entweder nur vorher oder nachher befragt wurden und deshalb die entsprechenden Gegenstücke schlichtweg nicht existierten.

4.7 Datenauswertung

Für die Auswertung der vorliegenden Ergebnisse gab es zwei Herangehensweisen: Zum einen wurde nach einer ersten Sichtung der vorliegenden Ergebnisse ("Handauszählung") ein Codebuch nach Häufigkeiten als Grundlage der deskriptiven Statistik erstellt, um die Ergebnisse umfassend beschreiben zu können. Zum anderen wurden die vorab formulierten Hypothesen "Kinder erfahren durch den Hebam-

menunterricht, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett primär gesunde Prozesse sind" und "Kinder lernen Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme durch die Hebammenstunde kennen" getestet. Anhand des Chi-Quadrat-Tests nach McNemar, der Anwendung bei dichotomen Variablen in abhängigen Stichproben findet, wurde dabei die statistische Irrtumswahrscheinlichkeit (α =0,05) errechnet, um die ausgewählten Ergebnisse auf Signifikanz zu prüfen und ein zufälliges Ergebnis im Vorher-Nachher-Vergleich ausschließen zu können.

Auch ohne spezielle Berechnung der Power ist die Stichprobengröße der Untersuchung so umfangreich, dass wesentliche Effekte auf jeden Fall sichtbar werden. Die Ergebnisse wurden im Auswertungsprozess außerdem den Mitgliedern der Projektgruppe vorgestellt und mit den Teilnehmerinnen inhaltlich diskutiert.

5 Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Daten der Untersuchungspopulation

In der Fragebogen-Untersuchung konnten n=1.105 Kinder erreicht werden, 571 Mädchen (52 Prozent) und 527 Jungen (48 Prozent), deren Klassenlehrerinnen und -lehrer das Angebot der Projektgruppe angenommen hatten (Selbstselektions-Stichprobe). Die Schülerinnen und Schüler besuchten sowohl Schulen der Stadt Kassel (n=757, 68,5 Prozent) als auch des Landkreises (n=348, 31,5 Prozent). Die Klassenverteilung entfiel dabei auf 110 Drittklässler (10 Prozent) und 995 Viertklässler (90 Prozent). Das Alter der Befragten lag zwischen 8 und 11 Jahren (Mittelwert=9,78 Jahre, Standardabweichung=0,75). In der Stichprobe waren Einzelkinder mit 16,3 Prozent (n=180) weniger häufig vertreten als Kinder mit Geschwisterkindern (n=925, 83,7 Prozent). Knapp die Hälfte der Befragten (n=535, 48,4 Prozent) nannte den evangelischen Glauben als Konfession, jedes fünfte Kind (n=231, 20,9 Prozent) gab eine muslimische Religionszugehörigkeit an. Kinder ohne Religion sowie Kinder mit katholischer Zugehörigkeit waren mit 11 Prozent (n=121) bzw. 14,8 Prozent (n=164) annähernd gleichstark vertreten. Ein kleiner Teil der befragten Schülerinnen und Schüler (n=69, 6,2 Prozent) nannte als Geburtsland ein anderes Land als Deutschland und knapp jedes fünfte Kind (n=185, 16,7 Prozent) gab an, zu Hause eine andere Sprache als Deutsch zu sprechen. Die Daten sind in der folgenden Übersichtstabelle zusammengestellt; fehlende Angaben sind dort ebenfalls aufgeführt.

Tabelle 3 Übersichtstabelle zu den soziodemographischen Daten der Stichprobe, n=1105

	weiblich	männlich	keine Angabe
Geschlecht	571 (51,7 %)	527 (47,7 %)	7 (0,6 %)
Alter			
8 Jahre	17 (1,5 %)		7 (0,6 %)
9 Jahre	355 (32,1 %)		
10 Jahre	608 (55 %)		
11 Jahre	108 (9,8 %)		
	Stadt Kassel	Landkreis Kassel	
Schule	757 (68,5 %)	348 (31,5 %)	0
	drei	vier	
Klassenstufe	110 (10 %)	995 (90 %)	0
	Einzelkinder	mit Geschwistern	
Geschwisterstatus	180 (16,3 %)	925 (83,7 %)	0
Konfession			
evangelisch	535 (48,4 %)		28 (2,5 %)
katholisch	164 (14,8 %)		
muslimisch	231 (20,9 %)		
sonstige	26 (2,4 %)		

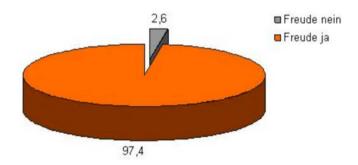
Ohne Religion	121 (11 %)		
	Deutschland	ein anderes Land	
Geburtsland	1035 (93,7 %)	69 (6,2 %)	1 (0,1 %)
	Deutsch	eine andere Sprache	
Sprache zu Hause	913 (82,6 %)	185 (16,7 %)	7 (0,6 %)

5.2 Emotionale Einstellung bezüglich Schwangerschaft

In der ersten Frage der Erhebung wurde die persönliche Einstellung der Schülerinnen und Schüler (n=1.105) zu Schwangerschaft erfragt. Die Kinder wurden gebeten, sich vorzustellen, wie es wohl sein würde, wenn sie selber einmal erwachsen sein werden und ein Kind erwarten. Hier standen vier verschiedene Antwortmöglichkeiten (Freude, Sorge, Neugier und Angst) zur Auswahl. Die Ergebnisse in den Abbildungen 13, 14, 15 und 16 beziehen sich auf die Erhebungen mittels Vorher-Fragebogen im Vorfeld des Hebammenunterrichtes, sie bilden deshalb die Ausgangslage in der emotionalen Haltung der befragten Kinder zu einer Schwangerschaft ab. Es sei hier vorweg genommen, dass sich die Angaben zu Freude, Neugier und Sorge die Nennungen im Nachhinein nur unwesentlich verändert hatten und diese deshalb nicht weiter betrachtet wurden. Fehlende Angaben variierten bei dieser Frage zwischen 5 und 15 Prozent und sind in den folgenden Ergebnissen nicht enthalten.

Nahezu alle Kinder (97,4 Prozent) gaben an, dass sie sich bei der Vorstellung, als erwachsener Mensch ein Kind zu erwarten, auf dieses freuen würden Ein kleiner Teil der Befragten (2,6 Prozent) vermutete, in dieser Situation keine Freude zu empfinden.

Abbildung 11 Freude auf ein Kind



Ein Großteil der befragten Kinder (88,7 Prozent) wählte auch die Antwortmöglichkeit, während einer Schwangerschaft neugierig auf das Baby zu sein, nur etwa jedes zehnte Kind (11,3 Prozent) verneinte dies.

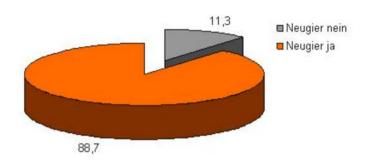
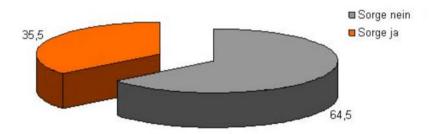


Abbildung 12 Neugier auf das Kind in der Schwangerschaft

Jedes dritte Kind (35,5 Prozent) nannte Sorge im Zusammenhang mit einer möglichen Schwangerschaft im Erwachsenenalter.

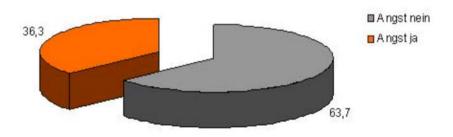




Hinsichtlich der vermuteten Freude und Neugier auf ein Kind sowie möglicher Sorge während einer Schwangerschaft im späteren Leben ließ sich kein Unterschied zu den Befragungsergebnissen nach der Hebammenstunde feststellen. Ebenso war hier kein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern bzw. zwischen Einzel- oder Geschwisterkindern erkennbar.

Bei der gleichen Frage wählte gut jedes dritte Kind (36,3 Prozent) zusätzlich die Antwortmöglichkeit, während einer Schwangerschaft im späteren Erwachsenenalter sehr ängstlich zu sein, da Schwangersein immer gefährlich sei. Über die Hälfte der Befragten (63,7 Prozent) verneinte diese Aussage (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14 Angst während einer Schwangerschaft



Bei der Auswahl dieser Antwortmöglichkeit gab es keine erkennbaren geschlechtsspezifischen Unterschiede. Es zeigte sich jedoch, dass Kinder mit Geschwistern die Antwortmöglichkeit "Angst in der Schwangerschaft" häufiger bejahten als die befragten Einzelkinder: Von der Gesamtheit derjenigen Kinder, die Angst und Gefahr mit Schwangerschaft verknüpften (36,3 Prozent), entfielen 32,5 Prozent

auf Kinder mit Geschwistern und lediglich 3,8 Prozent auf Einzelkinder. Aufgrund der unterschiedlichen Verteilung von Einzel- und Geschwisterkindern in der Stichprobe (16,3 Prozent zu 83,7 Prozent) ist es hier wichtig zu differenzieren, dass sich auch in der Einzelbetrachtung der jeweiligen Gruppe diese Tendenz bestätigt. Während von den befragten Einzelkindern 24,5 Prozent Angst angaben, also etwa jedes vierte Kind aus dieser Gruppe, war es bei der Gruppe der Geschwisterkinder mit 38,5 Prozent gut jedes dritte Kind. Abbildung 15 verdeutlicht noch einmal den prozentualen Anteil an der Gruppe von Einzelkindern und an der Gruppe von Geschwisterkindern, welcher die Frage nach Angst in der Schwangerschaft bejahte.

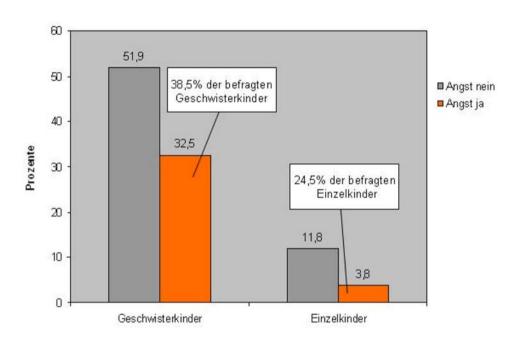


Abbildung 15 Angst während einer Schwangerschaft nach Geschwisterstatus

Die folgende Abbildung 16 stellt unter Einbezug der nach der Hebammenstunde erhobenen Daten den Vorher-Nachher-Vergleich für die Antwortkategorie Angst dar und dokumentiert somit die Veränderungen zur anfänglich beschriebenen Ausgangslage.

Insofern eine geringere Angabe von Angst inhaltlich als Bestätigung der These "Kinder erfahren durch den Hebammenunterricht, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett primär gesunde Prozesse sind" (vor denen man keine Angst zu haben braucht) gelten kann, wurde diese Annahme auf Signifikanz getestet und bestätigt. Nach dem Hebammenunterricht gaben die befragten Schülerinnen und Schüler insgesamt signifikant weniger häufig (p<0,05) Angst in Bezug auf eine Schwangerschaft an als vorher. Waren es im Vorfeld 36,3 Prozent der Kinder, bejahten nach dem Hebammenunterricht nur noch 25,7 Prozent diese Frage. Gleichzeitig verneinten nach der Hebammenstunde drei von vier Kindern (74,3 Prozent) explizit die Frage nach Angst während einer späteren Schwangerschaft; vor dem Hebammenbesuch waren es mit 63,7 Prozent zwei Drittel der Befragten.

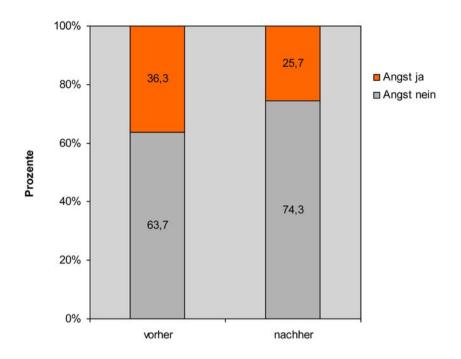


Abbildung 16 Angst vor und nach der Hebammenstunde, p<0,05

Das bedeutet, dass von den Kindern, die im Vorfeld Angst angaben, 17,2 Prozent diese Angst nach dem Hebammenunterricht verloren hatten. Besonders die Kinder mit Geschwistern profitierten von der Maßnahme: Sie verloren in der spezifischen Betrachtung nach Gruppen mit 18,2 Prozent häufiger die Angst, als dies bei Einzelkindern der Fall war (12,2 Prozent).

Bei der Frage nach der emotionalen Einstellung der befragten Kinder stand neben den verschiedenen Antwortkategorien die Option "ich weiß nicht" zur Auswahl. Im Vorfeld des Hebammenunterrichts wählten 12,5 Prozent der Schülerinnen und Schüler diese Aussage. Danach gab es mit 4,2 Prozent nur noch ein Drittel der ursprünglichen Enthaltungen.

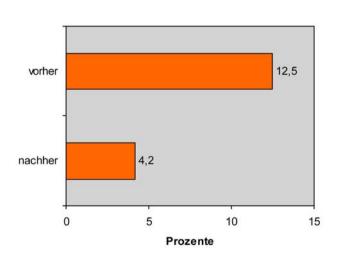


Abbildung 17 Enthaltungen zur emotionalen Einstellung vor und nach der Hebammenstunde

5.3 Kognitiver Wissensstand zu Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme

Der Großteil der Fragen des Fragebogens zielte auf den kognitiven Wissensstand der Kinder ab. Im Folgenden sind die Ergebnisse dreier Wissensfragen exemplarisch dargestellt, dabei wurden jeweils der Aspekt "vorher" (= Aussagen der Kinder vor dem Hebammenunterricht) und der Aspekt "nachher" (= Aussagen der Befragten nach der Hebammenstunde) berücksichtigt, um die Veränderungen des Wissensstandes der Kinder zu dokumentieren. Es wurden außerdem nur die korrekten Antwortmöglichkeiten, welche folglich mit "ja" zu beantworten waren, in die Ergebnisdarstellung eingeschlossen.

Bei den folgenden Ergebnissen ließ sich zum Wissenszuwachs der Kinder weder ein geschlechtsspezifischer Unterschied noch eine unterschiedliche Wirkung bei Kindern mit oder ohne Geschwister identifizieren, deshalb wird im Folgenden hierauf nicht gesondert eingegangen. Fehlende Angaben lagen bei den einzelnen Fragen zwischen 4 und 11 Prozent und wurden hier ebenfalls nicht berücksichtigt.

Frage 3: Wissen der Kinder über Möglichkeiten zum Feststellen der intrauterinen Kindslage

Bei dieser Frage ging es um die verschiedenen Möglichkeiten, die intrauterine Kindslage festzustellen. In Abbildung 18 werden die Ergebnisse der Antwortmöglichkeiten "durch eine Ultraschalluntersuchung" und "durch Abtasten des Bauches" näher betrachtet.

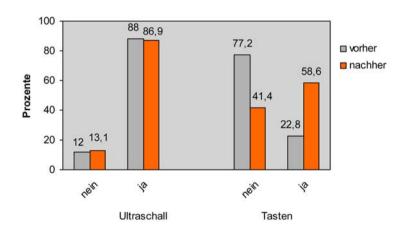


Abbildung 18 Möglichkeiten zum Feststellen der intrauterinen Kindslage vorher und nachher

Mit 88 Prozent wählten die Kinder bei dieser Frage bereits vor der Hebammenstunde korrekterweise die Antwortoption, dies sei per Ultraschalluntersuchung möglich. Die zudem angebotene Möglichkeit, die Kindslage könne durch Abtasten des mütterlichen Bauches bestimmt werden, hielt die Mehrzahl der Befragten (77,2 Prozent) zunächst fälschlicherweise nicht für möglich, nur jedes fünfte Kind (22,8 Prozent) bejahte hier. Nach der Hebammenstunde zeigte sich ein nahezu umgekehrtes Bild: Während nur noch 41,4 Prozent der Befragten das Abtasten verneinten, wählten zwei Drittel (58,6 Prozent) nun die richtige Antwortmöglichkeit. Bei der Wahlmöglichkeit "ich weiß nicht" zu dieser Frage halbierte sich nahezu die Zahl derer, die diese Option wählten, von 5,5 Prozent auf 3 Prozent nach der Hebammenstunde.

Frage 6: Wissen der Kinder zum möglichen Geburtsort eines Babys

Bei Frage 6 wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wo Babys zur Welt kommen können. Bei den vier Antwortmöglichkeiten waren neben dem Krankenhaus auch das Geburtshaus (als hebammengeleitete Institution) und zu Hause (im Sinne einer Hausgeburt) als außerklinische Geburtsorte aufgeführt. Das Taxi stand stellvertretend für einen beliebigen Ort, an dem ein Kind (wenn auch ungeplant) geboren werden kann, zur Auswahl. Alle vier Antwortmöglichkeiten (Krankenhaus, Geburtshaus, zu Hause und im Taxi) sind als richtig zu werten und als mögliche Tätigkeitsbereiche von Hebammen zu betrachten.

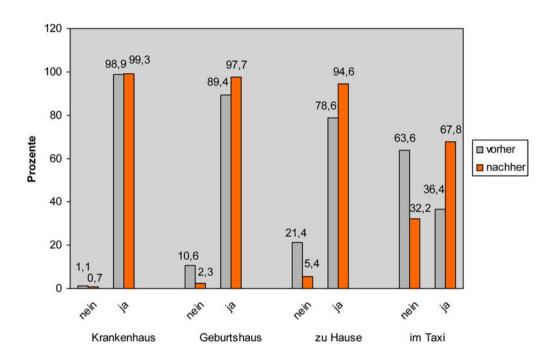


Abbildung 19 Möglicher Geburtsort eines Kindes vorher und nachher

Das Krankenhaus war nahezu allen Befragten sowohl vor (98,9 Prozent) als auch nach (99,3 Prozent) der Hebammenstunde als Geburtsort bekannt. Auch das Geburtshaus konnte der Großteil der Kinder mit 89,4 Prozent bereits vorab als Geburtsort benennen; nach dem Unterricht durch die Hebamme waren es 97,7 Prozent.

Die Hausgeburt war zunächst 78,6 Prozent der Kinder bekannt, jedes fünfte Kind (21,4 Prozent) verneinte im Vorfeld des Hebammenunterrichtes diese Option. Nach dem Besuch der Hebamme taten dies nur noch 5,4 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler. 94,6 Prozent erkannten zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, ein Kind zu Hause auf die Welt zu bringen, als richtige Antwort.

Am deutlichsten war die Veränderung bei der Frage, ob ein Taxi als Geburtsort in Frage käme: Während vorher zwei Drittel der Kinder (63,6 Prozent) hier verneinten und ein Drittel (36,4 Prozent) dies für möglich hielten, hatte sich dieses Bild nach der Hebammenstunde ins Gegenteil gewandelt. Ein Drittel (32,2 Prozent) hielt das Taxi nicht für einen möglichen Geburtsort; die Mehrheit (67,8 Prozent) bejahte diese Möglichkeit. Die Option "ich weiß nicht" wurde vorab von 3 Prozent der Kinder gewählt, nach dem Hebammenbesuch taten dies noch 1,8 Prozent.

Frage 11: Wissen der Kinder zu den Aufgaben einer Hebamme

Bei dieser Frage wurden die Schülerinnen und Schüler nach den Aufgaben einer Hebamme gefragt. Die Nennungen zu den vier richtigen Antwortmöglichkeiten "Sie begleitet die Eltern während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der ersten Zeit mit dem Baby.", "Sie macht der Schwangeren Mut während der Wehen.", "Sie untersucht das Baby nach der Geburt." und "Sie beantwortet die Fragen der Eltern." werden in Abbildung 20 dargestellt.

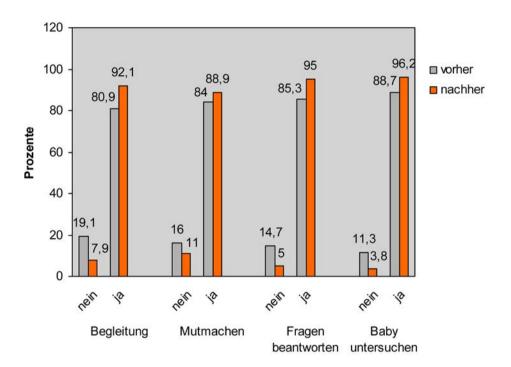


Abbildung 20 Wissensstand zu Hebammenaufgaben vorher und nachher, p<0,05

Vor der Hebammenstunde bejahten 81 Prozent der Befragten die Aussage, eine Hebamme begleite werdende Eltern rund um die Geburt; nach dem Hebammenbesuch waren es mit 92 Prozent signifikant (p<0,05) mehr richtige Antworten. Jedes fünfte Kind (19,1 Prozent) verneinte diese Aussage zunächst; nach dem Besuch der Hebamme taten dies nur noch 7,9 Prozent.

Bei der Aussage, die Hebamme mache der Gebärenden Mut bei den Geburtswehen, entschieden sich die Kinder nach der Hebammenstunde deutlich häufiger für die richtige Antwort und gegen die falsche (84 Prozent vorher zu 88,9 Prozent nachher bzw. 16 Prozent vorher zu 11 Prozent nachher, p<0,05).

Das Beantworten von Fragen der Eltern als Hebammenaufgabe bejahten vorab 85,3 Prozent der Kinder, 14,7 Prozent verneinten. Im Nachhinein wählten hier 95 Prozent der Kinder die richtige Antwort (p<0,05) und nur noch 5 Prozent kreuzten fälschlicherweise "nein" an. Ähnlich verhielt es sich auch im Hinblick auf die Erstuntersuchung (U1) des Neugeborenen durch die Hebamme: Von vorab 88,7 Prozent steigerte sich die Zahl der richtigen Antworten auf 96,2 Prozent mit p<0,05 nach der Hebammenstunde. Das fälschlicherweise Verneinen dieser Aussage reduzierte sich ebenfalls deutlich von 11,3 Prozent auf 3,8 Prozent.

Die im Vorfeld formulierte Hypothese "Kinder lernen Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme durch die Hebammenstunde kennen" wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nach McNemar auf Signifikanz getestet und bestätigt. Sie kann demnach angenommen werden. Die Option "ich weiß nicht" kreuzten im Vorfeld 8,4 Prozent der Kinder an; nach dem Hebammenbesuch sank deren Zahl auf 3,4 Prozent.

5.4 Subjektive Bewertung des Hebammenunterrichts

Im Bewertungsteil des Nachher-Fragebogens konnten die Kinder im Anschluss an den Hebammenunterricht eine subjektive Beurteilung der Stunde abgeben. In der folgenden Ergebnisdarstellung wurden die Angaben der Befragten geschlechtsspezifisch dargestellt, fehlende Werte wurden dabei ausgenommen.

Bei der ersten Frage wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, eine Bewertung in der Abstufung "sehr interessant", "etwas interessant", "nicht so interessant" und "überhaupt nicht interessant" abzugeben.

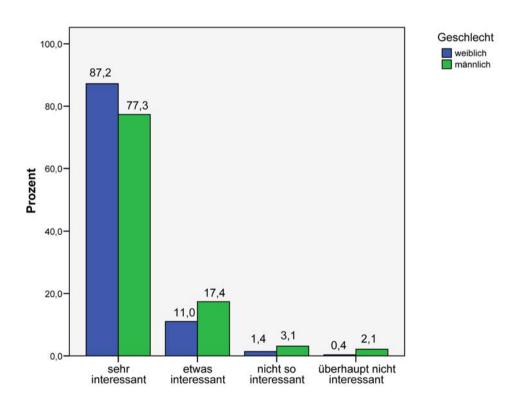


Abbildung 21 Beurteilung der Hebammenstunde

Wie in Abbildung 21 ersichtlich, bewertete der Großteil der befragten Kinder (82,5 Prozent, n=1.085) die Hebammenstunde als sehr interessant, wobei Mädchen mit 87,2 Prozent diese Angabe häufiger machten als Jungen mit 77,3 Prozent. 17,4 Prozent der befragten Jungen fanden die Stunde etwas interessant, bei den Mädchen waren es hier lediglich 11 Prozent. Nur 2,2 Prozent der Befragten empfanden die Stunde als nicht so interessant, wobei Jungen hier mit 3,1 Prozent doppelt so häufig vertreten waren wie Mädchen (1,4 Prozent).

Die Bewertung "überhaupt nicht interessant" gaben 1,2 Prozent der Kinder ab. Auch hier waren die Befragten mit 2,1 Prozent deutlich häufiger vertreten als die Befragungsteilnehmerinnen (0,4 Prozent). Eine Unterscheidung in der Beurteilung durch Einzelkinder und Kinder mit Geschwistern war, wie auch in den weiteren Fragen zur Beurteilung, nicht erkennbar.

Die befragten Kinder wurden außerdem gebeten, die Hebammenstunde insgesamt anhand einer Skalierung von "sehr gut" bis "ungenügend" gemäß der ihnen bekannten Schulnoten zu beurteilen (n=1.075).

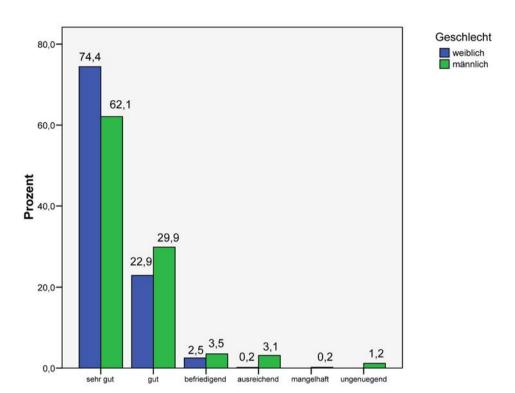


Abbildung 22 Beurteilung der Hebammenstunde mit Note

Abbildung 22 zeigt, dass die Note "sehr gut" mit insgesamt 68,6 Prozent am häufigsten vergeben wurde, wobei die Mädchen mit 74,4 Prozent diese Angabe häufiger machten als die Jungen (62,1 Prozent). Knapp jedes dritte Kind (26,2 Prozent) vergab die Note "gut", die männlichen Teilnehmer mit 29,9 Prozent etwas häufiger als die weiblichen mit 22,9 Prozent. Als befriedigend wurde die Stunde durch 3 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler bewertet, wobei sich hier Mädchen und Jungen etwa die Waage hielten (2,5 zu 3,5 Prozent). Schlechtere Beurteilungen wurden nur von den männlichen Befragten ausgesprochen; 3,1 Prozent befanden die Stunde hierbei als ausreichend und 1,2 Prozent als ungenügend.

Bei der Frage nach der Verständlichkeit der Stundeninhalte gaben die Befragten mit Abstand am häufigsten an, alles gut verstanden zu haben (85,3 Prozent), wobei hier die Mädchen mit 88,8 Prozent etwas häufiger zu nennen waren als ihre männlichen Mitschüler (81,3 Prozent). 14,3 Prozent der Kinder antworteten, nicht alles verstanden zu haben; hier waren männliche Schüler mit 18,3 Prozent häufiger vertreten als Schülerinnen mit 10,9 Prozent. Lediglich Einzelnennungen (<0,5 Prozent) gaben an, überhaupt nichts verstanden zu haben. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung 23 grafisch zusammengefasst.

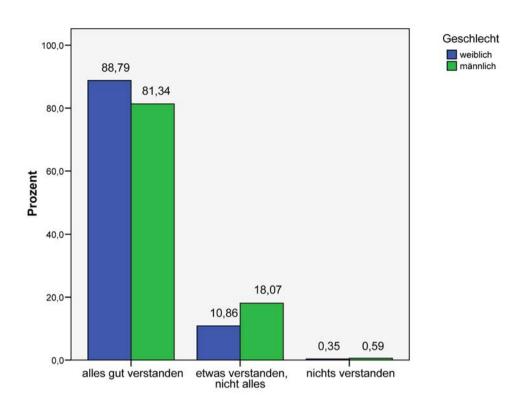


Abbildung 23 Verständlichkeit der Hebammenstunde

In der letzten Frage des Bewertungsteils wurden die Kinder abschließend gefragt, ob sie in der Hebammenstunde etwas Neues gelernt oder ob sie das Meiste bereits gewusst hätten. Wie in Abbildung 24 ersichtlich, trafen zwei Drittel der Kinder (60,6 Prozent) die Aussage, einiges bereits gewusst, aber einiges auch neu gelernt zu haben. Dabei machten Mädchen diese Angabe mit 64,4 Prozent häufiger im Vergleich zu ihren Mitschülern (56, 3 Prozent). Knapp jedes dritte Kind (29 Prozent) äußerte, das Meiste in der Stunde sei neu gewesen. Mit 33,4 Prozent sagten die Jungen dies häufiger als die Mädchen (25 Prozent). Mit gleicher Verteilung unter weiblichen wie männlichen Befragten gab etwa ein Drittel der Kinder (10,4 Prozent) an, das Meiste bereits gewusst zu haben.

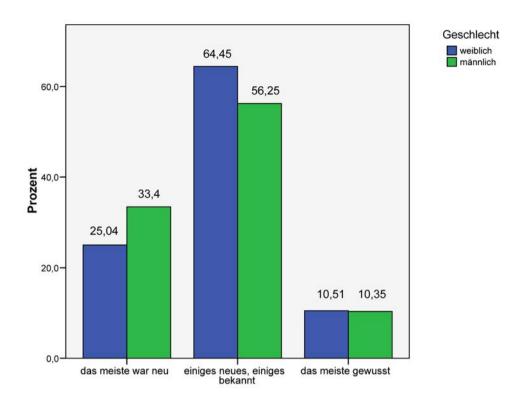


Abbildung 24 Erkenntnisgewinn durch die Hebammenstunde

5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Emotionale Einstellung zu Schwangerschaft

Nahezu alle Kinder assoziierten Schwangerschaft mit Freude und Neugier auf ein Kind. Mehr als ein Drittel der befragten Kinder gaben in diesem Zusammenhang außerdem Angst und Sorge als Gefühl an und bejahten die Aussage, dass Schwangersein immer sehr gefährlich sei. Kinder mit Geschwistern brachten dabei Schwangerschaft häufiger in Verbindung mit Angst und Gefahr als Einzelkinder.

Nach dem Hebammenunterricht zeigte sich, dass die Kinder Schwangersein weniger häufig als beängstigend und gefährlich einschätzten als zuvor und dass deutlich mehr Kinder ihre zuvor angegebene Angst im Nachhinein verloren hatten. Die Hebammenstunde zeigte also einen positiven Einfluss auf die gefühlsmäßige Einstellung der Kinder zur Schwangerschaft. Geschwisterkinder profitierten dabei stärker als ihre geschwisterlosen Mitschülerinnen und Mitschüler vom Besuch der Hebamme.

Als zusätzlicher Erfolg des Hebammenunterrichts ist festzuhalten, dass im Nachhinein deutlich weniger Kinder eine unentschiedene, also indifferente Haltung hinsichtlich ihrer Gefühle im Bezug auf Schwangerschaft an den Tag legten

Kognitiver Wissensstand zu Aufgaben, Arbeitsweise und Tätigkeitsbereich einer Hebamme

Der Wissensstand der befragten Kinder zum Berufsbild Hebamme hatte sich durch den Hebammenunterricht eindeutig verbessert. Die Schülerinnen und Schüler lernten, dass Hebammen nicht nur während der Geburt, sondern auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett für Mutter und Neugeborenes

zuständig sind und als Ansprechpartnerinnen für die Familien zur Verfügung stehen. Die Kinder lernten weiterhin, dass Hebammen neben spezifischen pflegerischen und medizinischen Aufgaben (hier: Erstuntersuchung des Neugeborenen) auch auf der psychosozialen Ebene (z. B. "Mutmachen") tätig sind.

Das Krankenhaus als klassischer Geburtsort und Tätigkeitsbereich von Hebammen war nahezu allen befragten Kindern bekannt, ebenso die Ultraschalluntersuchung als instrumentell-technische Diagnosemöglichkeit in der Schwangerschaft. Durch den Hebammenunterricht erweiterten die Kinder ihr Wissen dahingehend, dass Hebammen auch außerklinisch arbeiten und in eigenständigen Institutionen wie Hebammenpraxen oder Geburtshäusern ihren Beruf ausüben. Auch das Wissen der Kinder zu den Möglichkeiten der außerklinischen Geburtshilfe und zur Möglichkeit der Hausgeburt erweiterte sich durch die Hebammenstunde. Ebenso erfuhren sie, dass Hebammen als traditionelle Berufsgruppe im Sinne der manuellen Diagnostik noch "mit ihren Händen" arbeiten.

Subjektive Bewertung des Hebammenunterrichts

Vier von fünf befragten Kindern bewerteten die Hebammenstunde als sehr interessant. Das Prädikat "sehr gut" wurde von zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler vergeben, ein weiteres Drittel befand die Hebammeneinheit als gut, wobei das Urteil der befragten Jungen tendenziell etwas weniger positiv ausfiel als das der Mädchen. Zwei von drei Kindern gaben an, in der Hebammenstunde einiges dazu gelernt zu haben. Für jedes vierte Mädchen und jeden dritten Jungen war sogar das Meiste neu. Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler konnte dem Hebammenunterricht gut folgen und hatte keine Verständnisprobleme zu beklagen.

6 Diskussion und Ausblick

Den Kindern Schwangerschaft, Geburt, Wochenbettzeit und Stillphase als grundsätzlich physiologische, vitale Lebensprozesse nahe zu bringen und diese Ereignisse mit der Berufsgruppe der Hebammen zu verbinden, sind die zentralen Ziele des Projektes "Hebammen in der Schule". Die Themen der Fortpflanzung im Sinne der Gesundheitsförderung ressourcenorientiert und unter positiven Aspekten darzustellen, fördert eine optimistische Einstellung der Kinder. Dabei können mit dem Hebammenunterricht in der Grundschule Heranwachsende aller möglichen sozialen und kulturellen Hintergründe über die Plattform Schule flächendeckend erreicht werden.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Wirkungen des Hebammenunterrichtes im Rahmen der schulischen Sexualerziehung auf die Schülerinnen und Schüler betrachtet: Neben den Veränderungen in der emotionalen Einstellung der befragten Kinder bezüglich Schwangerschaft, welche durch den Hebammenbesuch zu verzeichnen waren, wurde auch der kognitive Wissenstand der Kinder hinsichtlich den Aufgaben, der Arbeitsweise und des Tätigkeitsbereichs von Hebammen betrachtet. Zudem konnten die Kinder ihre subjektive Bewertung des Hebammeneinsatzes abgeben, die Qualität des Angebotes aus Nutzerinnen- und Nutzerperspektive ist folglich ebenfalls dokumentiert.

In der kritischen Reflexion des methodischen Vorgehens ist anzumerken, dass die befragten Schülerinnen und Schüler in der vorliegenden Untersuchung als "Experten ihrer eigenen Lebenswelt" direkt befragt wurden und es somit gelingen konnte, Informationen über die kindliche Perspektive aus Kinderperspektive zu gewinnen (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000: 62). Die Qualität der erhobenen Daten kann also positiv bewertet werden.

Die Kindheit als soziales Phänomen wurde erst mit den achtziger Jahren zum Gegenstand systematischer wissenschaftlicher Forschung, als Kinder nicht mehr nur vornehmlich als "unfertige Erwachsene", sondern als eigenständige und vollwertige Mitglieder der Gesellschaft betrachtet wurden und damit das Interesse am "Forschungsgegenstand" bzw. an der kindlichen Sichtweise aufkam (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000: 59). Die Kinder selbst und nicht deren Eltern oder andere erwachsene Bezugspersonen wurden vermehrt zu Adressaten sozialwissenschaftlicher Befragungen.¹⁵ In den überschaubaren deutschsprachigen Veröffentlichungen zu methodischen Fragen der Kindheitsforschung wird betont, dass spezifische Besonderheiten¹⁶ bei der Befragung von Kindern und daraus resultierende methodische Probleme¹⁷ Berücksichtigung finden müssen. Die Verlässlichkeit der kindlichen Angaben bzw. die Qualität der in Befragungen mit Kindern erhobenen Daten wird dabei in der einschlägigen Literatur als zentrales Problem diskutiert (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000: 63; Heinzel, 2000: 28).

Zu der Verbreitung einzelner Methoden der Kindheitsforschung hält Heinzel (2000: 21) fest, dass aktuell über die Hälfte der Befragungen von Kindern (62 %) mit standardisierten Methoden, mehrheitlich quantitativ und etwa zur Hälfte als direkte Befragung der Kinder stattfinden.

Sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden haben Bedingungen und Möglichkeiten der erwachsenen Interaktion sowie Wertesysteme der Erwachsenen zum Maßstab.

Heinzel (2000: 25ff) beschreibt hierzu als drei wesentliche Kernprobleme die Abhängigkeit der Kinder von Erwachsenen und die Allgegenwärtigkeit von Erziehung im kindlichen Alltag, die typischen Ausdrucksformen von Kindern und die Erwachsenenzentrierung von Forschung und Forschenden.

In der vorliegenden standardisierten Befragung von Schülerinnen und Schülern der Klassenstufen drei und vier ist methodisch zu berücksichtigen, dass Kinder dieser Altersspanne (9 bis 11 Jahre) möglicherweise eigene Auffassungen und Interpretationen von Formulierungen im Fragebogen hatten, die durch die erwachsenen Forschenden so nicht beabsichtigt waren (siehe dazu auch Heinzel, 2000: 28). Dem wurde bei der Formulierung von Fragen und Antwortmöglichkeiten durch eine kindgerechte, einfache Sprache begegnet, welche nah an den intellektuellen Fähigkeiten und alltagsweltlichen Begriffen der Kinder lag (z. B. wurde von "Babys" und nicht von "Neugeborenen" gesprochen). Auch auf die übersichtliche, klar strukturierte Anordnung der Fragen und auf erklärende Beschreibungen zu den einzelnen Fragebogenabschnitten wurde geachtet. Dennoch ist aufgrund der heterogenen Entwicklungsstände gleichaltriger Kinder im Klassenverband und auch durch die möglicherweise unterschiedlichen intellektuellen Fähigkeiten beim Lesen und Schreiben die Vergleichbarkeit der Daten erschwert. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Befragten aufgrund von mangelndem Abstraktionsvermögen, Verständnis- und/oder sprachlichen Schwierigkeiten (fast jedes fünfte Kind in der Stichprobe gab an, zu Hause eine andere Sprache als Deutsch zu sprechen) die Fragen zumindest teilweise willkürlich beantwortet hat. Durch die Antwortoption "ich weiß nicht" bei jeder Frage wurde dieser Gefahr des Ratens begegnet (Lipski, 2000: 83). Auch die Anwesenheit des Lehrpersonals während des Fragebogenausfüllens konnte den Kindern möglicherweise eine zusätzliche Hilfestellung bieten.

Bei der Erhebung soziodemographischer Daten muss bei den Kindern in diesem Alter zudem davon ausgegangen werden, dass die Angaben möglicherweise nicht verwertbar sind (Heinzel, 2000: 28). Bei den von den Grundschülerinnen und Grundschülern erfragten Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder dem Vorhandensein von Geschwistern kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Angaben zur unmittelbaren Lebenswelt der Kinder korrekt waren. Der soziale Hintergrund nach Familien-, Lebens- und/oder Wohnform der befragten Kinder bzw. der sozioökonomische Status ihrer Eltern¹⁸ wurde in der Befragung leider nicht erhoben. Diese Angaben wären aber gerade für das Identifizieren möglicher Risikogruppen von Interesse gewesen.

Im Hinblick auf die klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität empirischen Materials muss davon ausgegangen werden, dass Kinder im Kontext sozialer Erwünschtheit Antworten gaben, die sie als von ihnen erwartet interpretierten (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000: 65), was vor allem bei der Frage nach der emotionalen Einstellung zu Schwangerschaft im Fragebogen der Evaluation denkbar wäre. Hülst (2000: 38) gibt auch zu bedenken, dass Kinder nur bedingt zwischen Fiktion und Wahrheit unterscheiden, über mangelndes Kontextwissen verfügen und dass kindliche Deutungen sozial konstruiert, d.h. kritiklos von den Erwachsenen übernommen sind. Letzteres könnte vor allem bei der emotionalen Einstellung der Kinder den Rückschluss auf die elterliche, familiäre Haltung aber auch auf ein "gesamtgesellschaftliches Klima" zulassen. Auf die sozial konstruierte Sichtweise von Kindern wird in der Diskussion der Ergebnisse im Folgenden nochmals näher eingegangen.

Bei der methodischen Reflexion ist abschließend zu beleuchten, inwiefern das gewählte quantitative, standardisierte Forschungsdesign zu den gewünschten Daten führte. In der Literatur zur Kindheitsfor-

Die kindlichen Angaben hierzu werden von Lipski (2000: 82) für die fokussierte Altersgruppe als relativ unzuverlässig eingeschätzt.

schung wird darauf hingewiesen, dass eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden im Sinne der Triangulation sinnvoll sei: Um bei der Interpretation quantitativ erhobener Daten dem Problem der unterschiedlichen Bedeutungsstrukturen und Zusammenhangsmustern von befragten Kindern und erwachsenen Forschenden zu begegnen, könnten beispielsweise Interviews dazu beitragen, offene Interpretationsfragen über kindliche Aussagen zu klären (Kränzl-Nagl/Wilk, 2000:65). Eine qualitative Betrachtung wäre in der vorliegenden Untersuchung vor allem im Hinblick auf die Angaben zur emotionalen Einstellung der Kinder von Interesse, um nicht nur das Vorhandensein und dessen Häufigkeit, sondern auch Art, Gegenstand und mögliche Ursachen der angegebenen Angst erfassen zu können. Denkbar wären hierfür narrative Interviews oder die Methode der Gruppendiskussion.¹⁹

Im Hinblick auf die Selbstselektion der Stichprobe müsste gesondert betrachtet werden, welche Schulen das Unterrichtsangebot aus welchen Gründen ablehnten. Da jedoch Schulen aus sozial privilegierten Stadtteilen Kassels am Projekt teilnahmen, kann eine gewisse Verzerrung der Stichprobe nicht ausgeschlossen werden. Unter vermehrtem Einbezug von Schulen mit ungünstigen sozialen Hintergrundsbedingungen in die Stichprobe hätten die befragten Kinder möglicherweise noch stärker vom Hebammenbesuch profitiert.

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Befragung kritisch reflektiert und diskutiert werden. Hierzu sei zunächst nochmals daran erinnert, dass wie im Kontext der sexuellen Bildung beschrieben, seit jeher zum einen die gesellschaftliche Vorstellung einer Sache existiert und damit eng verknüpft zum anderen die Art und Weise, entsprechende Themen zu kommunizieren bzw. zu vermitteln. Dabei beeinflussen und bedingen sich die Vorstellung und die Vermittlung wechselseitig und bilden – ähnlich der "unsichtbaren Hand" im ökonomischen Marktgeschehen – eine kaum objektiv greifbare, aber sozial existente Normierung und Regulierung des jeweiligen Themas.

Betrachten wir den gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt, so wird deutlich, dass es hierzu ebenfalls Vorstellungen in den Köpfen der Menschen zu geben scheint und dass diese Vorstellungen den persönlichen und individuellen, aber auch den professionellen Umgang mit dem Schwangersein und Gebären beeinflussen. Die körperlichen Erscheinungen und Entwicklungsprozesse, welche seit jeher zum Kinderkriegen gehören, werden heutzutage stärker als je zuvor normiert, d.h. medizinisch bewertet, eingeordnet und bei Abweichungen von der Norm pathologisiert, also als krankhaft und behandlungsbedürftig definiert. Um Abweichungen (wieder) in den Normbereich zu führen werden zwangsläufig regulierende Maßnahmen eingesetzt. Der Medizin wird dabei ein Großteil der Verantwortung für die primär gesunden Körperprozesse der Fortpflanzung übertragen (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 59f). Daraus resultiert, dass Schwangerschaft hierzulande eine der am stärksten kontrollierten Phasen im Leben einer Frau ist. Mit den international betrachtet zahlreichsten erhobenen Parametern ist der deutsche Mutterpass das detaillierteste Dokument zur Schwangerenvorsorge weltweit (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 52f). Ein derart regulierender Umgang wäre heutzutage bezogen auf das Sexuelle kaum mehr vorstellbar und zeitgemäß, im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt scheint ein solches Vorgehen jedoch gang und gebe und weitgehend unangezweifelter gesellschaftlicher Konsens.

1

Die Gruppendiskussion wird in der Literatur von Vogl (2001: 54) für die Altersgruppe der acht- bis elfjährigen als geeignete Methode beschrieben.

Zugrunde liegende Ursachen und Hintergründe für die beschriebenen Entwicklungen im gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt stellen eine interessante weiterführende Forschungsfrage dar. Dabei wäre vor allem die Perspektive der betroffenen Frauen genauer zu betrachten. Im Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung ist davon auszugehen, dass bereits Kinder im Grundschulalter eine sozial konstruierte Vorstellung, spezielle "Bilder" von Schwangerschaft und Geburt haben. Diese Vorstellungen und Bilder in den Köpfen der Kinder durch eine positive Vermittlung frühzeitig zu beeinflussen, ist eines der Anliegen und Ansatzpunkt der schulischen Hebammenarbeit.

Fakt ist, dass die mütterliche Mortalität ebenso wie die Kindersterblichkeit in Deutschland so niedrig ist wie nie zuvor (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 70). Umso erstaunlicher erscheint die Tatsache, dass in der Untersuchung jedes dritte Kind Angst und Gefahr mit einer Schwangerschaft verband, wo sich diese Kinder doch verhältnismäßig sicher fühlen könnten. Eine genauere Untersuchung zu Inhalten und Ursachen der angegebenen Angst der Befragten im qualitativen Forschungsdesign könnte hierzu differenziertere Erkenntnisse liefern, anhand derer die Gesamtkonzeption sowie das pädagogische Vorgehen des Projektes weiterentwickelt werden könnte.

In diesem Zusammenhang ist die soziale Konstruiertheit kindlicher Aussagen zu berücksichtigen. In einer finnischen Studie gaben beispielsweise 78 Prozent der schwangeren Teilnehmerinnen Angst bezüglich Schwangerschaft und Geburt an (Melender 2002, zitiert nach zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 44), was vermutlich prinzipiell auf Deutschland übertragbar ist. Hellmers (2005) fand in einer nationalen Studie heraus, dass Angst bei Schwangeren der Hauptgrund für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt ist. Schücking und Schwarz (2002: 239) halten fest, dass um die Jahrtausendwende außerdem bereits über 70 Prozent der werdenden Mütter ein Schwangerschaftsrisiko²⁰ attestiert wurde.

Diese "gesellschaftliche Stimmung" scheinen die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zu spiegeln: Heranwachsende neigen dazu, die Sichtweisen und Standpunkte der Erwachsenen kritiklos zu übernehmen, zumal sie logischerweise über keine konkreten eigenen Erfahrungen zum Thema verfügen. Beeinflusst durch die übernommenen Vorstellungen werden sie diese jedoch im späteren Leben sammeln. Diesen "Teufelskreis" zu durchbrechen oder zumindest in Frage zu stellen, ist ein weiteres Anliegen der "Hebammen in den Schulen".

Anders als erwartet, assoziierten außerdem Kinder mit Geschwistern häufiger Angst und Gefahr mit Schwangerschaft als Einzelkinder. Kinder mit jüngeren Geschwistern verfügen quasi über einen eigenen, wenn auch sekundär über die Eltern gesammelten Erfahrungsschatz zum Kinderkriegen, da sie Schwangerschaft und Geburt, je nach eigenem Alter, mehr oder weniger bewusst erleben konnten. Inwiefern eine negative Einstellung der Geschwisterkinder hinsichtlich Schwangerschaft auf die konkreten persönlichen Erfahrungen, auf das Verhalten im sozialen Umfeld oder auch auf unschöne persönliche Eindrücke aus dieser Zeit ("Entthronung" Erstgeborener durch Geschwister, weniger Kapazitäten der Mütter o.ä.) zurückgeführt werden kann, könnte durch weiterführende qualitative Untersuchungen zu dieser Fragestellung herausgearbeitet werden.

_

Ein ärztlich attestiertes Risiko wird möglicherweise das Gefahrenbewusstsein, die grundsätzliche Haltung und die Selbstwahrnehmung einer schwangeren Frau negativ beeinflussen. Weitere Untersuchungen hierzu wären sinnvoll und notwendig

Kinder scheinen diese Atmosphäre von Gefahr frühzeitig aufzunehmen und in ihre Vorstellungen zu integrieren. Mit Blick zurück in die Geschichte erinnert dieser "Effekt" an die Fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts: Damals wurde den Heranwachsenden in einer Atmosphäre von Angst und Scham Sexualität "verleidet", um z.B. ungewollte (und das hieß in dieser Zeit außereheliche) sexuelle Kontakte und aufgrund fehlender "sicherer" Verhütung auch Schwangerschaften zu vermeiden. Der entsprechende Umgang mit Schwangersein und Gebären heutzutage ist schwer zu begreifen und müsste genauer betrachtet werden. Es ist umso erstaunlicher, weil im Hinblick auf die demographische Entwicklung ja eigentlich eine kinder- und familienfreundliche Politik versucht, den nächsten Generationen das Kinder-kriegen schmackhaft zu machen.

Genauer betrachtet könnte die in der Studie erfragte emotionale Einstellung zu Schwangerschaft im weitesten Sinne als Ausdruck des persönlichen Umgangs mit Körperlichkeit und Sexualität interpretiert werden. Es geht hierbei um einen intimen, um einen körperlich wie emotional besonderen ("heiklen") Lebensbereich. Der individuelle Umgang mit diesen Themen und mit körperlichen Prozessen wie Pubertät oder Schwangerschaft wird nach Löbner (2008: 148) in einem komplexen Zusammenwirken von Körper, Psyche und Intellekt bestimmt. Die tatsächlichen Körper- und Beziehungserfahrungen eines Menschen prägen dabei von Beginn an seinen Umgang und sein Erleben von Körperlichem (BZgA, 1999: 16). Das intellektuelle Wissen ist dabei eine Komponente von vielen – und sie ist die Ebene, welche am dichtesten unter der Oberfläche der Persönlichkeit liegt, sie ist daher relativ gut "zugänglich", aber eben auch nicht im wesentlichen bestimmend. Die Art und Weise der Aufklärung, das vermittelte kognitive Wissen zu Themen wie Schwangerschaft und Geburt wird folglich nur teilweise beeinflussen, wie es Kindern mit ihrem eigenen Körper geht und ob sie sich in einer späteren Schwangerschaft sicher, zuversichtlich und wohl fühlen werden.

Die Hebamme wird den Kindern also im besten Falle vermitteln können, dass es wichtig und wertvoll ist, dem eigenen Gespür, den Signalen des Körpers und den eigenen Bedürfnissen, der "Intuition" zu trauen – aber sie wird die individuellen Vorerfahrungen der Kinder weder im Positiven noch im Negativen beeinflussen oder kompensieren können (Löbner, 2008: 150f).

Eindeutiger können die vorliegenden Ergebnisse zur Wirkung auf das Wissen der Befragten eingeordnet werden. Wie erwartet erweiterten die Kinder durch den Unterrichtseinsatz ihren Wissenstand zum Berufsbild Hebamme und deren originären Tätigkeitsbereich. Sie lernten, dass Hebammen bereits in der Schwangerschaft mit Frauen arbeiten können und wollen.

Bei einer repräsentativen Umfrage der Forsa im Jahre 2005 (vgl. zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 43) unter erwachsenen Frauen stellte sich heraus, dass selbst von diesen Erwachsenen nur ein Drittel der Befragten Schwangerenvorsorge als Tätigkeitsbereich der Hebammen identifizieren konnte. Dies impliziert, dass 60 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter im Falle einer eigenen Schwangerschaft die Möglichkeit der Betreuung durch eine Hebamme gar nicht kennen und es deshalb auch nicht nutzen würden. Dabei ist zu betonen, dass hierzulande einer generellen medizinischen Überversorgung im Hinblick auf Screeningverfahren in der Schwangerschaft eine Unterversorgung bei Frauen mit ungünstigen sozialen Hintergrundbedingungen entgegensteht. Werden Kinder also flächendeckend und frühzeitig über Be-

treuungsmöglichkeiten informiert, besteht die Chance, dass sie – und dies gilt besonders für die Gruppe sozial benachteiligter Kinder und Familien²¹ – möglicherweise später auf dieses Wissen zurückgreifen und eine persönliche und niederschwellige Betreuung in Anspruch nehmen werden (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 20, 61).

Die Kinder lernten auch die verschiedenen Möglichkeiten bei der Wahl des Geburtsortes kennen. Wie erwartet kannten 98 Prozent aller Kinder die Klinikgeburt, dies entspricht der Rate klinischer Geburten in Deutschland (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 53). Auch die dazu alternativen Angebote der außerklinischen Geburtshilfe (Hausgeburt und Geburtshaus) waren vielen Kindern bekannt, dieses Wissen konnte jedoch durch den Hebammenunterricht deutlich mehr Kindern zugänglich gemacht und sicherlich auch inhaltlich vertieft werden. Dabei war es wesentlich, den Kindern eine Vorstellung von Geburtshilfe im Kontrast zur Geburtsmedizin zu vermitteln: Nicht nur die medizintechnische Kontrolle, sondern auch die psychosoziale Begleitung ("Mutmachen") bei einer Geburtsbegleitung sind wichtig und die Geburt kann anstrengend, schmerzhaft und arbeitsintensiv sein, aber auch eine wertvolle Selbsterfahrung sowie ein besonderes biographisches Ereignis.

Die Tatsache, dass auch in einem Taxi stellvertretend für einen beliebigen Ort ein Baby geboren werden kann, sollte den Kindern verdeutlichen, dass normale Geburten nicht an medizinische Institutionen oder Personengruppen gebunden sind, sondern als physiologische körperliche Prozesse prinzipiell überall ablaufen können.

In der Literatur ist beschrieben, dass die Forderung nach bedürfnisorientierter Betreuung und maßvollem Einsatz von Medikamenten und Technik in Schwangerschaft und Geburt bei Erwachsenen proportional mit dem Vorwissen steigt (Ahner et al., 1996: 52). Das wäre ein weiteres Argument, den Kreislauf aus Informationsdefiziten und fehlendem Interesse gegenüber Mitbestimmungsmöglichkeiten zu durchbrechen und bereits frühzeitig grundlegende Informationen zu diesem Themenbereich zu vermitteln, um den Kindern von heute eine gute Basis für eine mögliche spätere Elternschaft zu geben.

Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass Kinder nur über ein mäßiges Wissen über die Arbeitsweise von Hebammen verfügten, dass dieses jedoch durch den Unterricht deutlich verbessert werden konnte: Während nahezu alle Kinder die ärztliche Ultraschalluntersuchung als diagnostisches Verfahren kannten, war ihnen die "professionelle Berührung" (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 39), das Abtasten des schwangeren Bauches als Möglichkeit der Befunderhebung zunächst unbekannt. Symbolisch für eine sinnliche Wahrnehmung, die über die Bestimmung objektiver medizinischer Parameter hinaus die Schwangere und ihr Ungeborenes als Einheit "begreift", steht das Tasten für die ganzheitliche Arbeitsweise der Hebammen. Komplexe Zusammenhänge können so erfasst und Vertrauen sowie eine professionelle Beziehung hergestellt werden. Die Kinder konnten während der Hebammenstunde diese Arbeitsweise selbst ausprobieren und das Erlebte so in ihre Vorstellung von Schwangerenvorsorge integrieren.

-

Zu Sayn-Wittgenstein (2007: 20) beschreibt für die Schwangerenvorsorge eine Unterversorgung derjenigen Frauen mit niedrigem sozialen Status bei genereller Überversorgung bei der Gesamtheit der Schwangeren in Deutschland.

Zusammenfassend sei festgehalten, dass das Versorgungsangebot der Hebammen, vor allem auch die außerklinische Hebammenbetreuung mit ihrem frauen- und familienorientierten Ansatz, als gesundheitsförderliches Potential weiter ausgeschöpft und perspektivisch noch besser genutzt werden sollte. Der Hebammenunterricht in der Grundschule bildet hierfür – auch im Sinne der berufspolitischen Lobbyarbeit – eine von vielen möglichen Grundlagen, um dieses Ziel verwirklichen zu können.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die befragten Kinder den Hebammenunterricht durchweg positiv bewerteten und damit sowohl ihr eigenes Interesse an den Themen der Hebammenstunde als auch deren Qualität zum Ausdruck brachten. Die spielerische Auseinandersetzung mit dem Thema Fortpflanzung zeigte eine wirkungsvolle altersgemäße Orientierung und war den Kindern problemlos verständlich. Da die Hebammenstunde im schulischen Sexualkundeunterricht eingebettet war, verwundert es nicht, dass die Schülerinnen und Schüler häufig angaben, einiges zum Thema schon gewusst zu haben.

Wie in der Literatur beschrieben, interessieren sich Kinder vor allem im Grundschulalter für den Themenkomplex Fortpflanzung, wobei Jungen deutlich weniger Interesse für die thematische Kategorie "Zeugung, Schwangerschaft und Geburt" zeigten als die Mädchen (Hinz, 2008: 84f). Dies könnte schlichtweg damit erklärt werden, dass die Jungen nur indirekt von den körperlichen Prozessen und nicht "am eigenen Leib" betroffen sein werden und könnte begründen, warum die Bewertung des Hebammeneinsatzes durch die Jungen insgesamt etwas weniger positiv ausfiel. Inwiefern bei den befragten Jungen Scham aufgrund der thematisierten Abläufe im weiblichen Körper zu dieser Einschätzung führte, ist aufgrund der vorliegenden Ergebnisse schwer zu interpretieren. Das Geschlecht ist jedoch neben Alter oder sozialer Herkunft definitiv ein Faktor, der wesentlich mitbestimmt, ob und wie Informationen über den Körper oder zu im weitesten Sinne sexuellen Themen akzeptiert, befürwortet oder abgelehnt werden (BZgA, 1999: 16).

Generell handelt es sich beim Projekt "Hebammen in der Schule" um Gesundheitsbildung im Setting Schule. Dabei werden die Strukturen der jeweiligen Schule nicht unmittelbar beeinflusst und das Projekt ist nicht eingebunden in die Gesamtkonzeption einer gesundheitsförderlichen Schule. Die Arbeit des Projektes kann jedoch als gesundheitsförderliche Intervention eingestuft werden: Sie ist ressourcenorientiert und setzt am positiven Erleben der Kinder an; im Sinne des Empowerments rückt es die individuellen Kompetenzen und das intuitive Wissen der Schülerinnen und Schüler in den Fokus der gemeinsamen Themenerarbeitung. Gemäß der Forderungen der Weltgesundheitsorganisation zu zeitgemäßer gesundheitlicher Bildung (BZgA, 2003: 72, siehe auch Kapitel 2.4.2) arbeitet der Hebammenunterricht mit zeitgemäßen Leitbildern und positiven Gesundheitskonzepten, bezieht die Kinder aktiv in das Geschehen mit ein und berücksichtigt soziale Faktoren und innovative pädagogische Methoden.

Eine klassisch präventive Wirkung des Unterrichts ist im Gegensatz dazu fraglich und zudem schwierig zu erfassen: Aufgrund der langen Zeitspanne zwischen Schulzeit und tatsächlicher Elternschaft sowie den unzähligen alternativen Einflüssen wäre zum Beispiel eine niedrigere Kaiserschnittrate oder weniger frühes Abstillen im späteren Erwachsenenalter der Kinder kausal kaum eindeutig der hebammengeleiteten Intervention in deren Grundschulzeit zuzuordnen. Hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Projektarbeit ist außerdem fraglich, ob der Einsatz der Hebamme im bisherigen zeitlichen Umfang (einmaliger Einsatz von zwei mal zwei Stunden) ausreichend sein kann, um die Einstellung und den Wissensstand der Schülerinnen und Schüler nicht nur kurzfristig zu beeinflussen. Eine mittel- und/oder langfristige

Wirkung wäre nur schwer nachzuweisen, hierzu wäre eine Wiederholung der Befragung (Follow-up-Studie) nach einem Zeitraum von Jahren notwendig, um die Effekte hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit zu prüfen. Eine solche Untersuchung müsste aus forschungspragmatischen und finanziellen Gründen entsprechend vorbereitet und unterstützt werden.

Nicht zuletzt folgt das Projekt in seinen grundsätzlichen Zielen den aktuellen Leitgedanken der sexuellen Bildung: Selbstbestimmung und verantwortungsvolles Handeln sind auch für werdende Eltern im Kontext von Schwangerschaft und Geburt überaus wünschenswert und können bereits den Kindern vermittelt werden. Sie sind zudem auch als Grundlage der Hebammenarbeit allgemein zu verstehen.

Abschließend bleibt ein wesentlicher ungeklärter Punkt die Finanzierung dieser Hebammenarbeit. Um nicht die Schultöpfe oder Elternhäuser in die Pflicht nehmen zu müssen, wäre eine langfristige Finanzierung durch Krankenkassen (zum Beispiel im Sinne der Präventionsarbeit als Bestandteil der Gebührenverordnung für Hebammen) oder durch öffentliche Mittel (Gesundheitsämter, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etc.) erstrebenswert. Gerade um auch Schulen aus gesellschaftlich und wirtschaftlich benachteiligten Stadtteilen mit entsprechend geringerem finanziellen Spielraum mit einbeziehen zu können und um im Sinne der Chancengleichheit die dortige Schülerschaft zu erreichen, wäre dies dringend zu wünschen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnten eine erste Grundlage für entsprechende Verhandlungen darstellen.

Vertreterinnen und Vertreter aus der sozialen Arbeit haben bereits einen festen Platz im Mitwirken an der schulischen Sexualerziehung, dies wäre auch für Hebammen erstrebenswert. Die Themen der sozialpädagogischen Fachleute könnten durch Hebammen ideal ergänzt werden: Durch die Expertise und das Erfahrungswissen der Hebammen kann den Kindern gebären und geboren werden in seiner Einzigartigkeit vermittelt und anschaulich, greifbar und emotional ansprechend nahe gebracht werden. Zudem würde eine solche Kooperation auch den organisatorischen Aufwand gegenüber den Schulen für beide Berufsgruppen mittelfristig vermindern.

Weiterführende Fragestellungen zum Thema der vorliegenden Untersuchung können zusätzliche Erkenntnisse über Wirkung und Notwendigkeit des Hebammenunterrichts liefern, ebenso bleibt die geregelte Finanzierung der schulischen Hebammenarbeit ein Hauptaugenmerk, zu dem die vorliegende Evaluation einen Beitrag leisten kann. Bis erste Erfolge zu verzeichnen sind, bleibt zu hoffen, dass Hebammen auch weiterhin mit der nötigen Eigeninitiative, einer guten Portion Idealismus und vor allem mit viel Freude an der Arbeit den Schulkindern das "Wunder des Lebens" vermitteln werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wechselseitiger Einfluss von Vorstellung und Vermittlung	10
Abbildung 2	Phasenübergänge der Sexualpädagogik	11
Abbildung 3	Das handelnde Subjekt in der Erziehung	11
Abbildung 4	Das handelnde Subjekt in der Bildung	12
Abbildung 5	Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	16
Abbildung 6	Verknüpfung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen	19
Abbildung 7	Logo des Projektes "Hebammen in der Schule"	24
Abbildung 8	Stadtteile Kassels, die an der Befragung teilnahmen	30
Abbildung 9	Teilnahme nach Schulen, Klassen und Schülerzahl	31
Abbildung 10	Zusammenführen der Vorher- und Nachherfragebogen	32
Abbildung 11	Freude auf ein Kind	35
Abbildung 12	Neugier auf das Kind in der Schwangerschaft	36
Abbildung 13	Sorge während einer Schwangerschaft	36
Abbildung 14	Angst während einer Schwangerschaft	36
Abbildung 15	Angst während einer Schwangerschaft nach Geschwisterstatus	37
Abbildung 16	Angst vor und nach der Hebammenstunde, p<0,05	38
Abbildung 17	Enthaltungen zur emotionalen Einstellung vor und nach der Hebammenstunde	38
Abbildung 18	Möglichkeiten zum Feststellen der intrauterinen Kindslage vorher und nachher	39
Abbildung 19	Möglicher Geburtsort eines Kindes vorher und nachher	40
Abbildung 20	Wissensstand zu Hebammenaufgaben vorher und nachher, p<0,05	41
Abbildung 21	Beurteilung der Hebammenstunde	42
Abbildung 22	Beurteilung der Hebammenstunde mit Note	43
Abbildung 23	Verständlichkeit der Hebammenstunde	44
Abbildung 24	Erkenntnisgewinn durch die Hebammenstunde	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung und WHO-Forderungen zur	
	Veränderung	17
Tabelle 2	Landesschulstatistik für das Schuljahr 2007/2008, Stadt Kassel	30
Tabelle 3	Übersichtstabelle zu den soziodemographischen Daten der Stichprobe, n=1105	34

Literaturverzeichnis

- Ahner, R.; Stokreiter, C.; Bikas, D.; Husslein, P. (1996): Ansprüche an die Geburtshilfe in der Großstadt: Präpartale Erhebung. Geburtshilfe und Familienheilkunde, 56: 50-54.
- Bagel-Bohlan, A.; Salewski, M. (Hrsg.) (1990): Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert. Leske+Budrich, Opladen.
- Beckmann, L. (2004): "Die Hebamme im Klassenzimmer?". Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hochschule Magdeburg/Stendal.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999a): Sexualpädagogik zwischen Persönlichkeitslernen und Arbeitsfeldorientierung. Band 16. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999b): Wissenschaftliche Grundlagen. Teil 1 Kinder. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Rahmencurriculum Sexualpädagogische Kompetenz. Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen. Band 18. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexualaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Bortz, J.; Döring, N. (2001): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.

 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin.
- Brockhaus-Enzyklopädie (2006): Lexikon in 30 Bänden. 21. Auflage. Brockhaus, Mannheim.
- Dulon, M.; Kersting M (2000): Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland –die SuSe-Studie. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) Ernährungsbericht 2000, 81–95. Frankfurt/Main.
- Grote, S. (2004): "Objekt" Mensch. Körper als Ikon und Ideologem in den cineastischen Werken Leni Riefenstahls. Ästhetisierter Despotismus oder die Reziprozität von Auftragskunst und Politik im Dritten Reich. Dissertation. Kulturwissenschaftlichen Fakultät der Europa-Universität Viadrina. Frankfurt/Oder.

- Heckmann, W. (1996): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Pro Familia Magazin, 2, 24, 15-17.
- Heinzel, F. (Hrsg.) (2000): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hellmers, C. (2005): Geburtsmodus und Wohlbefinden eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes. Shaker Verlag, Aachen.
- Hessisches Kultusministerium (2005): Hessisches Schulgesetz (HSchG) in der Fassung vom 14. 06.2005. https://kultusministerium.hessen.de/sites/default/files/HKM/hessisches_schulgesetz.pdf. Letzter Zugriff: 10. März 2014.
- Hessisches Kultusministerium (Hrsg.) (1995): Rahmenlehrplan Grundschule gemäß der 204. Verordnung über Rahmenlehrpläne des hessischen Kultusministers vom 21.3.1995. 1. Auflage. Wiesbaden.
- Hessische Staatskanzlei (2009): Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger des Landes Hessen (HebBO) (1991): http://www.landesrecht-hessen.de/gesetze/353_Heilhilfsberufe_Hebammen/353-41-Hebammenberufsordnung/Hebammenberufsordnung.htm Letzter Zugriff: 10. März 2014.
- Hülst, D. (2000): Ist das wissenschaftlich kontrollierte Verstehen von Kindern möglich? In: Heinzel, F. (Hrsg.) (2000): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hinz, A. (2008): Was Jungen und Mädchen über Sexualität wissen wollen. Eine Inhaltsanalyse anonymer Fragen von Viert-, Siebt- und Zehntklässlern. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 28, 75-90. Juventa Verlag, Weinheim.
- Hornung, R.; Buddeberg, C.; Bucher, T. (2004): Sexualität im Wandel. Reihe Zürcher Hochschulforum, Bd. 36. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz, Prof. F. W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban&Fischer Verlag, München, Jena.
- Kränzl-Nagl, R.; Wilk, L. (2000): Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Befragungen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren soziale und personale Wünschbarkeit. In: Heinzel, F. (Hrsg.) (2000): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Lipski, J. (2000): Zur Verlässlichkeit der Angaben von Kindern bei standardisierten Befragungen. In: Heinzel, F. (Hrsg.) (2000): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Löbner, I. (2008): Einfühlsam, respektvoll und ein bisschen sprachlos. Mit Kindern und Jugendlichen über Sexualität, Schwangerschaft und Geburt reden. In: Schneider, E. (Hrsg.) (2008): Hebammen an

- Schulen. Ein Handbuch für Hebammen in pädagogischen Handlungsfeldern. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main.
- Mehlhorn, H.; Schumacher, M. (1996): Sexualpädagogik im Wandel. Pro Familia Magazin, 2, 24, 18-19.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg. der dt. Ausgabe). G. Conrad, Gamburg.
- Neubauer, G. (1996): Sexualpädagogik und Gesundheitsförderung. Pro Familia Magazin, 2, 24, 13-14.
- Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
- Papenkort, U. (2009): Ist Pädagogik Prävention? Eine kritische Anfrage. Unsere Jugend, 61, 2, 83-89.
- Paulus, P. (2003): "Gesundheitsförderung in der Schule". Druckversion des e-learning-Moduls. Universität Lüneburg.
- Petrus, U. (2004): "Hebammen an Schulen. Sofort"! Hebammenforum, 1/04, 83-87. Diagonesverlag.
- Petrus, U. (2009): Auswertung der Lehrerinnen- und Lehrerfragebogen. Projekt "Hebammen in der Schule" des Deutschen Hebammenverbandes. Unveröffentlichte Datensammlung.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Hans Huber Verlag Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Schmidt, R.-B.; Sielert, U. (Hrsg.) (2008): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Schneider, E. (2007): "Wie entstehen Zwillinge?". Hebammen an Schulen. Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 166, 32, 33-35. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main.
- Schneider, E. (Hrsg.) (2008): Hebammen an Schulen. Ein Handbuch für Hebammen in pädagogischen Handlungsfeldern. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main.
- Schneider, S.; Pokora, A. (2008): Warum die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Arm und Reich weiter zunimmt. Chancen und Fallstricke für die soziale Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention. neue praxis, 5, 494-504. Verlag neue praxis.
- Schücking B.; Schwarz, C. (2002): Technisierung der "normalen" Geburt. Interventionen im Kreißsaal. In: Paravicini, U., Riedel, C. (Hrsg.): Dokumentation Forschungsprojekte 1. bis 3. Förderrunde 1997 2001. Wissenschaftliche Reihe NFFG; Bd. 1, 237-45. Hannover.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2014): "Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist". http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf Letzter Zugriff: 19.09.2014.

- Universitätsleitung der Universität Zürich (Hrsg.) (2004): Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Mann und Frau. 4. Auflage.

 http://www.avl.uzh.ch/services/download/LeitfadensprachlGleich.2006.pdf. Letzter Zugriff: 10.

 März 2014.
- Valtl, K. (2008): Sexuelle Bildung: Neues Paradigma einer Sexualpädagogik für alle Lebensalter. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Vogl, S. (2001): Gruppendiskussion mit Kindern. Methodische und methodologische Besonderheiten. ZA-Information, 57, 28-58.
- Volbert, R., Homburg, A. (1996): Was wissen zwei- bis sechsjährige Kinder über Sexualität? Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 28, 3, 210-227. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Wanzeck-Sielert, C. (2008): Sexualität im Kindesalter. In: Schmidt, R.-B., Sielert, U. (Hrsg.) (2008): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Weiß, M. (2008): Hebammen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schneider, E. (Hrsg.) (2008): Hebammen an Schulen. Ein Handbuch für Hebammen in pädagogischen Handlungsfeldern. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main.
- Word Health Organisation (1986): Ottawa-Charta. for Health Promotion. Deutsche Übersetzung in Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.) (2003): Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Mainz.

Anhang

Fragen zur Schwangerschaft und zur Geburt von Babys

•	,
١	/
١	,

Bitte nimm dir etwas Zeit und fülle diesen Fragebogen sorgfältig aus. Wenn du eine Frage nicht beantworten kannst, ist das gar nicht schlimm. Dieser Fragebogen ist nämlich keine Klassenarbeit, deshalb bekommst du auch keine schlechte Note, wenn du etwas nicht weißt.

In welche Klasse gehst d	Datum:				
Wie heißt deine Schule?					
Was meinst du, wie wird es sein, wenn du einmal groß bist:			Wie kann man feststell by im Bauch liegt?	en, wie d	las Ba-
Wenn ich Erwachsen bin	und selb	er mal	□ Durch Abtasten des Bau	ıches.	
Mutter oder Vater werde,		nein	□ Durch eine Ultraschallur	ntersuchu	ng.
, dann freue ich mich	ja	nein	□ Das kann man nicht fest	stellen.	
auf das Baby.			☐ Ich weiß nicht.		
, dann mache ich mir große Sorgen.			4. Die Schwangerschaft i Ende anstrengend. Was i Schwangeren hier beson	tut einer	
, dann bin ich neugie-			Ochwangeren mer beson	uers gut	stimmt
rig, wie das Baby aussieht.				stimmt	nicht
			Eine Rückenmassage.		
, bin ich sehr ängstlich, weil Schwangersein im-	_	_	Die Beine hochlegen.		
mer gefährlich ist.			Spaziergänge an der frischen Luft.		
	□ Ich we	iß nicht.	Jeden Tag Medikamente nehmen.		
			Leckeres Essen gekocht bekommen.		
2. Wie ist es für das Baby leben?	y, im Bau	ch zu		□ Ich wei	iß nicht.
ieben:	stimmt	stimmt nicht	5. Welche Aussage stimm	nt Deiner	Mei-
Das Baby hat es eng und kuschelig.				stimmt	stimmt nicht
Das Baby wird von der Mutter beschützt.			Ein Baby kommt immer genau nach 40 Wochen auf die Welt.		
Das Baby friert, weil es im Wasser liegt.			Die Geburt beginnt nor- malerweise, wenn das		
Das Baby kann sich durch Bewegungen bemerkbar machen.			Baby bereit und reif ist, geboren zu werden.		
Das Baby ist einsam.			Es ist normal, wenn die		
Das Baby hört den Herz- schlag der Mutter und			Schwangerschaft 38 Wochen oder 42 Wo- chen dauert.		
die Stimmen der Eltern. ☐ Ich weiß nicht.	_		Wann genau eine Geburt beginnt, kann vorher niemand sagen.		
				□ Ich wei	iß nicht.

6. Wo können Babys zur Welt kommen?			10. Welche der folgenden Sätze stimmen Deiner Meinung nach?		
Zu Hause	□ ja	□ nein			stimmt
Im Krankenhaus	□ ja	□ nein	Muttermilch ist gesund	stimmt	nicht
Im Geburtshaus	□ ja	□ nein	und schmeckt dem Baby.		
Im Taxi	□ ja □ lch w	□ nein veiß nicht.	Das Baby darf in den ersten Tagen nach der Geburt nicht an der Brust saugen.		
7. Wie groß und wie schwer warst Du bei deiner Geburt?			Nur ganz wenige Mütter können ihrem Baby Muttermilch geben.		
Wie groß?			Die Muttermilch entsteht		
Wie schwer?			in der Brust und ist im- mer da, wenn das Baby Hunger hat.		
	□ lch w	eiß nicht.	Das Baby sollte in den ersten 6 Monaten nur Muttermilch bekommen.		
8. Wofür braucht die He	bamme	ein Maß-		□ Ich we	iß nicht.
band?			11. Welche Aufgaben ha	t eine Hel	
☐ Um die Größe des Bab	ys zu me	essen.		stimmt	stimmt nicht
☐ Um die richtige Stramp Baby zu bestimmen.	lergröße	für das	Sie begleitet die Eltern während der Schwan- gerschaft, bei der Geburt		
☐ Um den Bauchumfang schaft zu messen.	in der So	chwanger-	und in der ersten Zeit mit dem Baby.		
□ Um die Wehenlänge zu messen.		Sie macht der Schwan- geren Mut während der Geburtswehen.			
☐ Um den Kopfumfang de	es Babys	s zu mes-	Sie zieht das Baby an		
sen. Ich weiß nicht.			den Haaren aus dem Bauch der Mutter.		
9. Was passiert mit dem	Post de	ur Nabol	Sie untersucht das Baby nach der Geburt, ob es gesund ist.		
schnur an Babys Bauch	?	i Nabel-	Sie beantwortet den El- tern Fragen, wenn die Eltern etwas nicht wis- sen.		
☐ Er wird trocken und fäll alleine ab.			Sie kauft die Kleidung für das Baby.		
☐ Er wird langsam in den sogen.		veiß nicht.	Sie backt den Eltern ei- nen Mutterkuchen.		
				□ Ich we	iß nicht.

Noch einige Fragen zu dir	
1. Bist du ein Mädchen oder ein Junge?	7. Bist du
□ Mädchen	□ Evangelisch
☐ Junge	☐ Katholisch☐ Muslimisch
	☐ Andere Religion
2. Wie alt bist du?	□ Ohne Religion
Jahre	
3. Hast du Geschwister?	8. Schreibe bitte den Anfangsbuchstaben vom Vornamen deiner Mutter und den Anfangsbuchstaben vom Vornamen dei- nes Vaters hin.
□ Ja	Anfangsbuchstabe vom
□ Nein	Vornamen der Mutter
Wenn ja: Wie alt sind deine Geschwister?	Anfangsbuchstabe vom
	Vornamen des Vaters
4. In welchem Land bist du geboren?	9. Was ist dein Lieblingstier?
□ Deutschland	<u> </u>
☐ In einem anderen Land	
und zwar in:	Ende. Vielen Dank für deine Antworten.
5. Sind deine Mutter oder dein Vater aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen?	
Mutter □ ja □ nein	
Vater □ ja □ nein	Hebammen Schule
	in der Schule
6. Welche Sprache sprecht ihr bei euch zuhause?	(-)
□ Deutsch	(E) STADT KASSEL
☐ Eine andere Sprache	
Welche?	Gesundheitsamt Kinder-und Jugendärztlicher Dienst

Fragen zur Schwangerschaft und zur Geburt von Babys

	N I
ı	N
ı	N

Bitte nimm dir etwas Zeit und fülle diesen Fragebogen sorgfältig aus. Wenn du eine Frage nicht beantworten kannst, ist das gar nicht schlimm. Dieser Fragebogen ist nämlich keine Klassenarbeit, deshalb bekommst du auch keine schlechte Note, wenn du etwas nicht weißt.

In welche Klasse gehst du?			Datum:		
Wie heißt deine Schule?					
1. Was meinst du, wie wird es sein, wenn du einmal groß bist:			3. Wie kann man feststel by im Bauch liegt?	len, wie d	las Ba-
Wenn ich Erwachsen bin Mutter oder Vater werde,		er mal	 □ Durch Abtasten des Bat □ Durch eine Ultraschallu 		ng.
dann fraua iah miah	ja	nein	☐ Das kann man nicht fes		Ü
, dann freue ich mich auf das Baby.			☐ Ich weiß nicht.		
, dann mache ich mir große Sorgen.			4. Die Schwangerschaft Ende anstrengend. Was Schwangeren hier besor	tut einer	
, dann bin ich neugie- rig, wie das Baby aus-					stimmt
sieht.			Eine Rückenmassage.	stimmt	nicht
, bin ich sehr ängstlich,			Die Beine hochlegen.		
weil Schwangersein im- mer gefährlich ist.			Spaziergänge an der		
mer gerannen ist.			frischen Luft.		
	□ Ich we	iß nicht.	Jeden Tag Medikamente nehmen.		
O Wile interesting the Balan	. i B	- b	Leckeres Essen gekocht bekommen.		
2. Wie ist es für das Baby leben?	y, im Bau	cn zu		□ Ich we	iß nicht.
	stimmt	stimmt nicht	5. Welche Aussage stimi nung nach?	nt Deiner	Mei-
Das Baby hat es eng und kuschelig.				stimmt	stimmt nicht
Das Baby wird von der Mutter beschützt.			Ein Baby kommt immer genau nach 40 Wochen auf die Welt.		
Das Baby friert, weil es im Wasser liegt.			Die Geburt beginnt nor-		
Das Baby kann sich durch Bewegungen be- merkbar machen.			malerweise, wenn das Baby bereit und reif ist, geboren zu werden.		
Das Baby ist einsam.			Es ist normal, wenn die Schwangerschaft 38		
Das Baby hört den Herz- schlag der Mutter und die Stimmen der Eltern.			Wochen oder 42 Wo- chen dauert.		
☐ Ich weiß nicht.			Wann genau eine Geburt beginnt, kann vorher niemand sagen.		
				□ Ich we	iß nicht.

6. Wo können Babys zur Welt kommen?			10. Welche der folgende Deiner Meinung nach?	n Sätze s	timmen
Zu Hause	□ ja	□ nein	,		stimmt
Im Krankenhaus	□ ja	□ nein	Muttarmilah iat gagund	stimmt	nicht
Im Geburtshaus	□ ja	□ nein	Muttermilch ist gesund und schmeckt dem Baby.		
Im Taxi	□ ja □ lch w	□ nein reiß nicht.	Das Baby darf in den ersten Tagen nach der Geburt nicht an der Brust saugen.		
7. Wie groß und wie schwer warst Du bei deiner Geburt?			Nur ganz wenige Mütter können ihrem Baby Mut- termilch geben.		
Wie groß?			Die Muttermilch entsteht		
Wie schwer?			in der Brust und ist im- mer da, wenn das Baby Hunger hat.		
	□ lch w	eiß nicht.	Das Baby sollte in den ersten 6 Monaten nur Muttermilch bekommen.		
8. Wofür braucht die He	bamme (ein Maß-		□ Ich we	iß nicht.
band?			11. Welche Aufgaben ha	t eine Hel	pamme?
□ I Im dia Cräße des Bak					stimmt
☐ Um die Größe des Bab	ys zu me	essen.	Sie begleitet die Eltern	stimmt	nicht
☐ Um die richtige Stramp Baby zu bestimmen.	lergröße	für das	während der Schwan- gerschaft, bei der Geburt		
 Um den Bauchumfang schaft zu messen. 	in der So	chwanger-	und in der ersten Zeit mit dem Baby.	_	
□ Um die Wehenlänge z	u messer	1.	Sie macht der Schwan- geren Mut während der		
□ Um den Kopfumfang d	es Babys	zu mes-	Geburtswehen.		
sen. □ Ich weiß nicht.			Sie zieht das Baby an den Haaren aus dem Bauch der Mutter.		
O. Was a seriest with days			Sie untersucht das Baby		
	Doot do	" Nahal	nach der Geburt, ob es gesund ist.		
9. Was passiert mit dem schnur an Babys Bauch□ Er muss aboperiert we	1?	r Nabel-			
□ Er muss aboperiert wer □ Er wird trocken und fäll alleine ab.	n? rden. It dann vo	on ganz	gesund ist. Sie beantwortet den Eltern Fragen, wenn die Eltern etwas nicht wis-		
□ Er muss aboperiert wer □ Er wird trocken und fäll	n? rden. It dann vo Bauch h	on ganz	gesund ist. Sie beantwortet den Eltern Fragen, wenn die Eltern etwas nicht wissen. Sie kauft die Kleidung für		

Fragen zur Hebammenstunde

1. Wie fandest du die Hebammenstunde? Sehr interessant Etwas interessant Nicht so interessant Überhaupt nicht interessant	4. Hast du etwas Neues gelernt oder wusstest du das meiste schon? □ Das meiste war neu für mich □ Ich wusste schon einiges, aber einiges habe ich auch neu gelernt □ Das meiste habe ich schon gewusst
2. Wie gut hast du verstanden, was die Hebamme in der Hebammenstunde erklärt hat? □ Ich habe alles gut verstanden. □ Ich habe etwas verstanden, aber nicht alles. □ Ich habe nichts verstanden. □ Überhaupt nicht nett	5. Wie beurteilst du die Hebammenstunde alles in allem? 1 – Sehr gut 2 – Gut 3 – Befriedigend 4 – Ausreichend 5 – Mangelhaft 6 – Ungenügend
3. Was hast du nicht so gut verstanden? Was sollte die Hebamme besser erklä- ren?	

Noch einige Fragen zu dir	
1. Bist du ein Mädchen oder ein Junge?	7. Bist du
☐ Mädchen☐ Junge	□ Evangelisch□ Katholisch□ Muslimisch□ Andere Religion
2. Wie alt bist du?	□ Ohne Religion
Jahre	
3. Hast du Geschwister?	8. Schreibe bitte den Anfangsbuchstaben vom Vornamen deiner Mutter und den Anfangsbuchstaben vom Vornamen dei- nes Vaters hin.
□ Ja □ Nein	Anfangsbuchstabe vom
Wenn ja: Wie alt sind deine Geschwister?	Vornamen der Mutter
worm ja. We alt sind deline descriwister:	Anfangsbuchstabe vom Vornamen des Vaters
4. In welchem Land bist du geboren?	9. Was ist dein Lieblingstier?
☐ Deutschland	
☐ In einem anderen Land	
und zwar in:	Ende. Vielen Dank für deine Antworten.
5. Sind deine Mutter oder dein Vater aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen?	
Mutter □ ja □ nein	
Vater □ ja □ nein	Hebammen in der Schule
6. Welche Sprache sprecht ihr bei euch zuhause?	
□ Deutsch	(E) STADT KASSEL
☐ Eine andere Sprache	Gesundheitsamt
Welche?	Kinder-und Jugendärztlicher Dienst

ISBN 978-3-940713-12-4

pg-papers 02/2014

Fachbereich Pflege und Gesundheit Hochschule Fulda Marquardstraße 35 D–36039 Fulda